La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2005







La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2005

Medicus Mundi

Prosalus

Médicos del Mundo

Equipo de investigación:
José Antonio Alonso, Isabel García, Susana Monge
Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI)

Equipo técnico:
Medicus Mundi: Carlos Mediano y Félix Fuentenebro.
Prosalus: Carlota Merchán y José Mª Medina.
Médicos del Mundo: Jesús Yáñez y Antonio González.

Índice general

Índice recuadros

Índice gráficos

Índice cuadros



Prólogo

Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo presentan un año más su informe, La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Al igual que en años anteriores, se ha contado con la participación del Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI).

El Informe, al igual que otros años, pretende aportar información y generar debate en torno a la cooperación española en salud, con el fin último de mejorar su calidad.

La situación de salud en el mundo en 2005 ha variado poco con respecto a la descrita en el informe anterior. Desde un punto de vista general se siguen apreciando pequeños avances, pero las grandes diferencias existentes y el hecho de que sigan enfermando y muriendo personas debido a enfermedades que podrían ser erradicadas o al menos controladas, pesa más que los pequeños avances.

La situación que se vive en el África subsahariana es realmente calamitosa y constituye la causa principal de la continua emigración hacia Europa.

Estos desequilibrios vienen a demostrar que las políticas de ajuste estructural llevadas a cabo en los últimos años estaban equivocadas. Para que el ejercicio de un derecho humano fundamental, como es el de la salud, sea una realidad para todas las personas será necesario que el objetivo de todas las políticas sea el desarrollo humano.

En el Informe 2005 se dedica especial atención a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por ser el quinto aniversario de la Declaración del Milenio. A pesar del gran interés que han concitado, los últimos informes adelantan que, si se mantiene la tendencia actual, los objetivos no se alcanzarán en el año 2015.

Esperamos que este informe contribuya a mejorar la calidad de la cooperación española en salud y que la información aportada permita comprender la estrecha relación existente entre la salud y el desarrollo de los pueblos.

Introducción

El presente informe mantiene la estructura básica utilizada en informes anteriores y se han añadido dos nuevos capítulos para tratar la acción humanitaria y la atención primaria de salud.

Como novedad, dentro del capítulo primero se ha utilizado la clasificación de problemas de salud que recoge la OMS en sus informes anuales. Así, el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis quedan incluidas dentro de *Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales,* mientras que la salud sexual y reproductiva aparece en el segundo grupo *Enfermedades no transmisibles*. Asimismo, se ha incluido la respuesta internacional y se dedica especial atención a los escasos avances observados hasta el momento en los procesos de reforma sectorial que se desarrollan en América del Sur y Central desde mediados de los años 90. Los avances en la consecución de los ODM y las previsiones para 2015 ocupan una parte importante de este primer capítulo.

El segundo capítulo se dedica a comparar la AOD española con la de otros países de nuestro entorno, así como con la media del CAD y de la UE. Entre los países estudiados se ha incluido Francia, además de los ya habituales, Reino Unido y Suecia. Debido a la falta de datos consolidados correspondientes al año 2004 para el conjunto de donantes, se analiza el periodo comprendido entre los años 2000 y 2003. Otra novedad es la utilización de la ayuda distribuible en lugar de la bilateral para el cálculo del peso de la salud en la AOD.

El análisis de la cooperación española durante el año 2004 se recoge en el tercer capítulo. Se comparan los datos de la AOD de ese año con los correspondientes al año 2003 y como hechos relevantes se destaca la puesta en marcha del Programa Vita a principios de 2004 y la aprobación del Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, a comienzos de 2005.

El capítulo cuarto se dedica a la cooperación descentralizada en España, que supone ya algo más del 18% de la AOD española y aportó el 35% de la ayuda destinada al sector salud en 2004. Las dificultades existentes para conseguir información sobre los entes locales y su gran número han obligado a centrar el análisis en las comunidades autónomas, que en 2004 aportaron casi el 13% de la AOD española. Este año se ha elegido Andalucía como estudio de caso. Se trata de la comunidad autónoma que realiza en valor absoluto el mayor aporte a cooperación internacional (32 millones de euros en 2004) y además tiene

aprobada una Ley de Cooperación y ya ha puesto en marcha una agencia de cooperación. En el estudio se analiza la AOD andaluza en 2004 comparándola con datos correspondientes a 2003. Además, se presentan datos consolidados sobre los aportes de la Junta de Andalucía en el periodo 1999 - 2004 y de los entes locales andaluces entre 1999 y 2001.

En este informe se ha dedicado un capítulo a la Atención Primaria en Salud, estrategia definida hace más de 25 años, cuyos principios siguen siendo válidos. Se revisa el concepto original y las modificaciones que se han ido introduciendo en estos años y se analiza el avance en la aplicación de dicha estrategia en diferentes regiones, para concluir con las razones que en nuestra opinión justifican la vigencia de la APS.

La acción humanitaria ha cobrado una gran atención en los últimos años y la cantidad de catástrofes naturales ocurridas a lo largo de 2005 ha venido a confirmar esta tendencia. Por todo ello se dedica un capítulo a la acción humanitaria y se han introducido conceptos básicos para poder centrar el análisis. Los datos correspondientes a la AOD española dedicada a ayuda de emergencia se encuentran en este capítulo.

La parte dedicada a conclusiones y recomendaciones sigue el formato utilizado en el Informe 2004 y algunas ponen de manifiesto que la salud no ha experimentado la mejoría deseada.

En la elaboración de este Informe 2005, además del personal de las tres ONG y del ICEI directamente involucrado, han participado otras personas revisando versiones intermedias y aportando su opinión sobre temas concretos. Queremos agradecer muy especialmente la colaboración prestada por Juan Garay, Fernando Simón y Francisco Rey. También queremos agradecer su amabilidad e interés al responder a nuestras preguntas y dudas al personal de la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD), José Ramón Garjo, de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional (AACI) y del Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional (FAMSI) y Javier Abad Vicente, presidente de la Coordinadora Navarra de ONGD por sus aportaciones.

Madrid, octubre de 2005



SALUD Y DESARROLLO

1. El derecho a la salud

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia, condicionado por los contextos socioculturales y económicos de las poblaciones.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como "*el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad*".

Aunque esta definición no ha sido modificada, en la práctica se han ido incorporando nuevos elementos que recogen la filosofía de las estrategias de salud desarrolladas en las últimas décadas. Así pues, la OMS establece como uno de sus objetivos principales "*que los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar de manera activa en la vida social de la comunidad donde viven*".

El vínculo entre salud y desarrollo siempre ha estado presente en la conceptuación de la salud. La propia OMS en su definición ya apunta elementos que van más allá de la ausencia de salud física, incorporando aspectos socioeconómicos. De hecho, de esta definición se desprende que para tener un buen estado de salud es necesario vivir en ausencia de privaciones, disponer de alimentos nutritivos y agua potable, medidas de saneamiento básico, buenas condiciones laborales, transporte ... Sin embargo, durante buena parte del siglo XX, ambos conceptos -salud y desarrollo- eran abordados por separado.

El informe Lalonde[1] publicado en 1974, la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 1986 sentaron las bases para que las dos cuestiones se trataran de forma conjunta. El ciclo de conferencias sobre temas sociales organizado por las Naciones Unidas en la década de los 90 que culminaron en la Conferencia del Milenio (2000) y la Conferencia sobre Finanzas para el Desarrollo

---

1 El Informe Lalonde fue publicado en 1974 por el Ministro de Salud de Canadá Marc Lalonde y promueve políticas de salud centradas en la prevención y la promoción de la salud. El informe señala 4 áreas (estilo de vida, medio ambiente y entorno, biología humana y herencia y atención médica y servicios asistencias) que conformarían un entorno generador de salud.

(2002) supusieron el establecimiento de un vínculo esencial entre la salud y el desarrollo con la aceptación generalizada del concepto de promoción de la salud y la incorporación de los temas de salud en la agenda del desarrollo.

La falta de salud puede llevar a la pobreza y, a su vez, las personas pobres tienen más probabilidades de enfermar. Por lo tanto, la salud no es solo un resultado del desarrollo o un requisito para alcanzar ese desarrollo, sino que es parte consustancial del proceso de desarrollo. En esa idea se halla la base para la inclusión de la salud en la agenda de encuentros y cumbres internacionales, sean o no específicas de salud. Buena prueba de ello es el lugar destacado que ocupa la salud en la erradicación de la pobreza, tal y como se refleja en los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobados en la Cumbre del Milenio del año 2000.

Las inversiones en la mejora de la salud tienen no solo argumentos sociales, basados en la mejora del bienestar de las personas y las poblaciones, sino también económicos ya que la buena salud contribuye al crecimiento económico al menos de cuatro formas:

i) las pérdidas de productividad por enfermedad de los trabajadores son menores;
ii) la participación social es mayor en sociedades con un buen estado de salud que en aquellas que tienen sin cubrir las necesidades básicas;
iii) la asistencia y rendimiento escolar son mayores y se traduce en una mejora del aprendizaje y cualificación de los niños y jóvenes;
iv) permite dedicar recursos económicos a otros ámbitos, como la educación, en lugar de destinarlos al tratamiento de enfermedades o la atención a enfermos.[2]

"Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Esta afirmación está recogida en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) promulgado en 1966. A pesar de ser posterior a la definición de la Organización Mundial de la Salud, el PIDESC no hace referencia a la misma. No obstante, el párrafo 2 del mencionado artículo 12 detalla las medidas que deben adoptar los Estados para "asegurar la plena efectividad" del derecho a la salud. Tales medidas son las necesarias para:

- la reducción de la mortalidad neonatal e infantil y el sano desarrollo de los niños;
- el mejoramiento de los aspectos relacionados con la higiene laboral y el medio ambiente;

---

2. Hegoa. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Icaria-Editorial, 2000.

- la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole;
- la creación de condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia médica y los servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la salud tiene vínculos con derechos civiles y políticos como la igualdad y no discriminación, la integridad y seguridad de las personas o la intimidad; con derechos económicos, sociales y culturales como el trabajo, la alimentación, la educación o la vivienda; con derechos de los pueblos o de tercera generación como el derecho al desarrollo o el derecho a un medio ambiente sano.

El artículo 12 del PIDESC fue desarrollado en el año 2000 en la Observación General nº 14, publicada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este documento señala en su primer punto que "la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos".

Además de ser un derecho humano fundamental, la salud es un bien público.
Los bienes públicos son:
- no rivales en consumo;
- no excluibles, disponibles para todas las personas o grupos de personas;
- no rechazables, no se puede rechazar su consumo.

No obstante, las externalidades de los bienes públicos determinan que sean no excluibles y que se les considere globales.

Una de las funciones del Estado es proveer ciertos bienes públicos. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que se trate de bienes públicos con una dimensión global, como en el caso de la pandemia del VIH/sida, y sea necesaria una respuesta internacional más allá de la estatal.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) viene analizando el concepto de bienes públicos, pero el Banco Mundial ha establecido qué se entiende por bien público global, definiendo cinco prioridades: enfermedades transmisibles, cuestiones medioambientales, información y conocimiento, comercio e integración y arquitectura financiera internacional. Estas prioridades han sido aceptadas por la propia OMS y el PNUD.

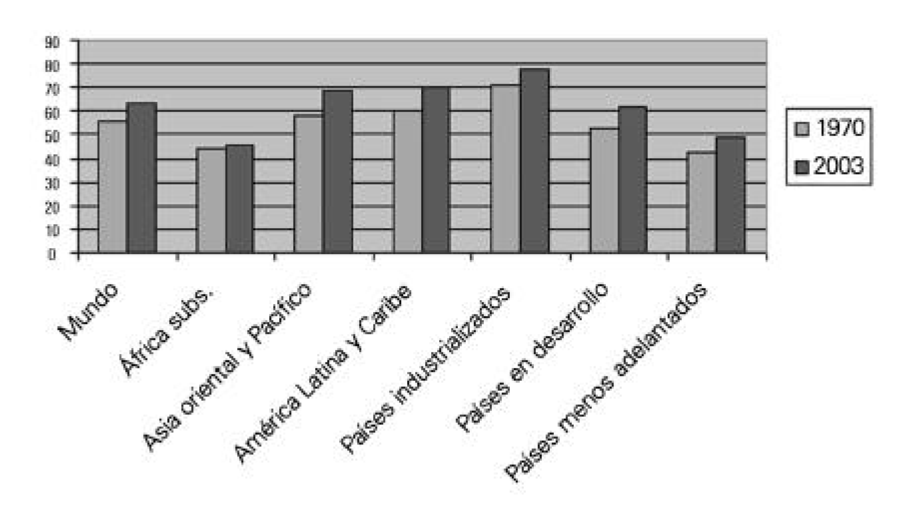
2. Carencias extremas

En los últimos 40 años se han producido mejoras sustanciales en lo que respecta a la salud como, por ejemplo, el aumento de la cobertura de la vacunación infantil o el aumento de la esperanza de vida, pero esas mejoras se han repartido de manera muy desigual como demuestran los datos reflejados en el presente informe.

En informes anteriores se ha hablado de manera reiterada de que las mejoras en la salud y los descubrimientos tecnológicos aplicados a las ciencias de la salud no han alcanzado por igual a todas las poblaciones, existiendo todavía la brecha Norte - Sur. Asimismo, conviene señalar que los procesos de exclusión han ido más allá y se ha establecido un Norte en el Sur y viceversa.

En conjunto, los países en desarrollo han incrementado su calidad de vida y mejorado sus estadísticas de salud. No obstante, los datos epidemiológicos generales apenas han variado los últimos cinco años. Una constante en todos los informes es la crítica situación de África subsahariana, la región que sigue presentando los peores indicadores de salud, agrandándose la distancia con el resto del mundo y de países en desarrollo.

Gráfico 1. 1 **Evolución de la esperanza de vida**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNICEF

Como se ve en el gráfico 1.1, la esperanza media de vida al nacer en los países en desarrollo, según el Informe sobre Desarrollo Humano 2004, era de 64,8 años mientras que para los países de la OCDE era de 78,3. Para los países de África subsahariana se reducía a los 46,3 años y se disparan todas las alarmas al comprobar que en África subsahariana la esperanza de vida de los últimos 30 años apenas ha aumentado en 2 años, mientras en el resto del mundo lo ha hecho una media de 8-10 años.

Otro dato demográfico que resulta interesante es la probabilidad de vivencia hasta los 65 años. En el gráfico se observa que, si bien la mujer puede sufrir los principales problemas de salud existentes, continúa presentando mayor esperanza de vida. Cabe destacar el dato correspondiente a Europa central y oriental y la CEI donde la diferencia es de 21,8% a favor de la mujer.

Gráfico 1. 2 **Comparativa de la esperanza de vida por sexo y regiones**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNICEF

La Comunicación de la Comisión Europea al Consejo y al Parlamento Europeo de 2002 "La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo" señala siete amenazas para la salud de los países en desarrollo: el VIH/sida, el aumento de la resistencia microbiana, el resurgimiento de enfermedades infecciosas, la migración de la mano de obra experta, la degradación ambiental, la erosión de las

prácticas tradicionales y el acceso a medicamentos. Los datos confirman la realidad de las amenazas señaladas.

Según datos del informe sobre la salud en el mundo 2004 publicado por la OMS, en términos globales, las enfermedades no transmisibles son la causa de casi el 60% de las defunciones, mientras que las enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales constituyen poco más del 30%. Sin embargo, si analizamos los datos por regiones vemos diferencias importantes en los patrones epidemiológicos: en África las enfermedades transmisibles suponen más del 70% de las defunciones, en América no llegan al 15% y en Europa al 6%. Sin embargo, las enfermedades no transmisibles en África son la causa del 21% de las defunciones mientras que en América y Europa lo son del 76,24% (fundamentalmente neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares) y 85,84% respectivamente.

Cuadro 1. 1 **Principales causas de mortalidad. Datos en %.**

Región	Enfermedades transmisibles	Enfermedades no transmisibles	Traumatismos
África	71,93	21, 11	6,94
América	14,69	75,91	9,05
Asia meridional	39,35	50,64	10,00
Europa	5,88	85,84	8,28

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del informe sobre la salud en el mundo 2004 (OMS)

Hay dos datos que marcan claramente la diferencia entre países pobres y países ricos: la mortalidad infantil y la mortalidad materna.

Según el informe de UNICEF "El estado mundial de la infancia 2005", la media de mortalidad infantil en el mundo, con datos disponibles de 2003, era de 54 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. La media de los PMA (Países menos adelantados) era de 98‰, para los países de África subsahariana 104‰ y de 27‰ y 5‰ para América Latina y Caribe y países industrializados, respectivamente.

La OMS en su informe de 2005 señala que las tres causas principales de mortalidad en menores de 5 años son las afecciones neonatales, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas.

Gráfico 1. 3 **Principales causas de mortalidad en menores de 5 años**

17%
19%
37%
8%
19%

Enf. diarreicas
Infec. Respiratorias Agudas
Afecciones perinatales
Malaria
Otras

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe sobre la salud en el mundo 2005 (OMS).

3. Principales problemas de salud

La Organización Mundial de la Salud en sus informes anuales separa los problemas de salud en tres grupos:
Grupo 1: enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales; grupo 2: enfermedades no transmisibles y grupo 3: traumatismos.

3. 1. Enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales

En apartados anteriores se ha señalado que la lucha contra las enfermedades transmisibles está considerada un bien público global; sin embargo, según la OMS, no todas estas enfermedades tendrían tal tratamiento. Sí lo serían el VIH/sida, la tuberculosis, enfermedades erradicables como la polio y enfermedades resistentes a los antibióticos. En cambio otras como las enfermedades respiratorias agudas, las diarreas o enfermedades prevenibles con vacunas no entrarían dentro del concepto de bien público global, aun siendo las principales causas de

mortalidad infantil. Como caso especial estaría la malaria, que tendría condición de bien público regional ya que se circunscribe a unas áreas geográficas concretas.

Según el informe sobre la salud en el mundo publicado por la OMS en abril de 2004[3] las enfermedades del grupo 1 son responsables del 32, 1% de las defunciones que se producen en el mundo. Sin embargo, los datos por regiones indican que este grupo de enfermedades es muy grave en los países en desarrollo teniendo en cuenta que la mayoría de las patologías de este grupo son evitables con la mejora de las condiciones básicas de vida como la nutrición y las condiciones de habitabilidad. Dicho grupo de enfermedades no llega a suponer el 6% de las muertes en Europa, mientras que en África lo es del 71,93% o el 39,35% en el caso de Asia sudoriental

Gráfico 1. 4 **Distribución de las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles, afecciones perinatales y carencias nutricionales.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Las enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales son, generalmente, prevenibles y tratables. Se dan, mayoritariamente, en países en vías de desarrollo donde se constatan las principales carencias en necesidades básicas como el acceso a agua potable, alimentación adecuada y saneamiento mejorado.

3. El informe publicado en 2005 no incluye nuevos datos estadísticos salvo los relacionados con la mortalidad infantil.

Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2004 publicado por el PNUD, sólo el 51% de la población de los países en desarrollo tiene acceso sostenible a saneamiento mejorado, el número de personas que padecen hambre ha aumentado cada año desde 1996 (año en el que los Estados miembros de la FAO realizaron el mayor compromiso en la lucha contra el hambre) hasta alcanzar los 852 millones de personas, y casi 1.200 millones de personas no tienen acceso a una fuente de agua mejorada[4].

Dentro de las enfermedades del grupo 1, las enfermedades infecciosas y parasitarias son las que causan mayor tasa de mortalidad, el 19, 1% en términos globales, casi el 52% si hablamos de África o el 26, 79% en el caso de Asia sudoriental.

En el subgrupo de enfermedades infecciosas y parasitarias están incluidas enfermedades como la tuberculosis, VIH/sida, enfermedades diarreicas, malaria y otras enfermedades tropicales. Casi el 40% de las defunciones debidas a enfermedades diarreicas se produce en África. Las diarreas están causadas, en la mayoría de las ocasiones, por un conjunto de causas que superan el ámbito estrictamente sanitario, como una mala alimentación, ingesta de agua no potable, ausencia de medidas de saneamiento mejorado o malas condiciones de habitabilidad.

3. 1. 1. VIH/sida

El VIH/sida se ha convertido en pocos años en el problema de salud más alarmante de muchos países en desarrollo, sobre todo de África subsahariana donde es ya la primera causa de mortalidad.

Según el informe de ONUSIDA publicado en diciembre de 2004, ese año había en el mundo 39,4 millones de personas viviendo con el VIH. En 2004 se produjeron 4,9 millones de nuevas infecciones (3,1 millones en África subsahariana) y 3,1 millones de fallecimientos (2,3 millones en África subsahariana).

En 2000, ONUSIDA informaba que había en el mundo 36,1 millones de personas viviendo con el VIH/sida, un 50% más que las previsiones que se hicieron en 1991.

4. En este caso se ha optado por dar los datos totales ya que los porcentajes pueden dar una idea falsa de mejora, ya que los descensos en el número de personas sin acceso a agua potable o que padecen hambre se han producido en un número muy determinado de países muy poblados lo que repercute en las cifras globales.

Cuadro 1. 2 **Adultos y niños viviendo con VIH/sida**

	2001	2003	2004
Mundo	34.900.000	37.800.000	39.400.000
África subsahariana	23.800.000	25.000.000	25.400.000

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del informe sobre la salud en el mundo 2004 (OMS)

Los datos actuales pueden dar una sensación de aparente estabilización de la epidemia en el caso de África subsahariana, sensación debida básicamente a que el número de fallecimientos compensa el número de nuevos infectados y que la incidencia del virus en muchas comunidades del Sur y en población con comportamientos de riesgo es tan alta que la probabilidad de nuevos casos es muy reducida.

Haciendo un análisis de la situación por regiones, se observa la rápida expansión que se está produciendo en **Asia**, continente que alberga el 60% de la población mundial. Los países que mayor propagación presentan son: Indonesia, China y Vietnam, con 7, 4 millones de infectados. La India es el segundo país del mundo (el primero es Sudáfrica) con mayor número de personas viviendo con VIH/sida, 5,1 millones. La principal vía de contagio es a través de relaciones sexuales de riesgo.

Tailandia y Camboya son países que han presentado buenos resultados en el control de la enfermedad al haber puesto en marcha planes de lucha contra el VIH/sida que afrontan los comportamientos de riesgo, habiéndose reducido la tasa de infección entre los/las profesionales del sexo, que constituye el primer colectivo infectado.

En lo que respecta a **África subsahariana**, alberga apenas el 10% de la población mundial pero el 63% de las personas con VIH/sida. Sin embargo, a pesar de estos datos no se puede hablar de una sola "epidemia africana" ya que la intensidad, ritmo e impacto del VIH/sida es muy diferente en las diversas regiones, a pesar de las dificultades de obtener registros fiables.

Así por ejemplo, en África oriental se han producido descensos discretos en la incidencia del VIH en mujeres embarazadas en zonas urbanas. En África occidental y central la prevalencia de la enfermedad en este grupo ronda el 5% o menos, a pesar de excepciones como Camerún o Costa de Marfil con un 10%

de mujeres embarazadas VIH positivas en algunas áreas. África meridional es la región del planeta con mayor número de personas viviendo con VIH/sida, el 30% del total y apenas alberga el 2% de la población mundial. La prevalencia mínima en los 9 países de esta región es del 10%. En **África del Norte** y **Oriente Medio** se calcula que hay 540.000 personas viviendo con el VIH/sida, pero la vigilancia de la epidemia no está suficientemente desarrollada en parte porque las principales formas de transmisión en la región (consumo de drogas por vía intravenosa y las relaciones sexuales entre hombres) son ilegales y están ampliamente condenadas por lo que el tabú social y la falta de voluntad política impiden que el problema se haga visible.

La situación en **América Latina** varía mucho de unas regiones a otras. El área más afectada es el Caribe, con 440.000 casos, destacando la prevalencia existente en Haití, un 5,6%, la más alta fuera de África. En esta región la principal vía de contagio son las relaciones sexuales. En el resto del continente se aprecian prevalencias nacionales bajas que esconden grandes epidemias locales. Así por ejemplo, Brasil siendo el país más poblado de la región presenta una prevalencia del 1%, pero en algunas ciudades el 60% de los consumidores de drogas por vía intravenosa son seropositivos.

Europa oriental y **Asia central** son puntos preocupantes en la expansión del virus. En 1995 se estimaba que había en esta zona 160.000 personas viviendo con el VIH/sida, en 2004 eran 1, 4 millones. Países como Estonia, Letonia y la Federación de Rusia tienen altas tasas de personas infectadas, siendo el 80% de ellas menores de 30 años y fundamentalmente consumidores de drogas por vía intravenosa. En la Federación de Rusia viven más 3 millones de drogodependientes.

Uno de los aspectos más preocupantes que señalan los últimos informes publicados es la feminización de la epidemia. Según el último informe de ONUSIDA, en términos globales el 50% de las personas infectadas son mujeres y en el caso de África subsahariana esta cifra asciende al 57%. Este incremento en la proporción de mujeres infectadas se produce conforme aumenta la infección en países en los que las relaciones heterosexuales sin protección son la principal forma de contagio.

Las mujeres y las niñas se ven afectadas por el VIH/sida por diversas causas. En primer lugar, son más vulnerables al VIH por lo que se conoce como *la triple vulnerabilidad de la mujer*, vulnerabilidad biológica (los tejidos de los órganos sexuales internos de la mujer son muy sensibles, se dañan con mayor facilidad), social y económica. Al mismo tiempo, las mujeres y las niñas soportan la carga

de trabajo que supone el VIH/sida para una familia afectada, asumiendo las tareas productivas y laborales, abandonando la escolarización y otras tareas públicas.

Gráfico 1. 5 **Porcentaje de adultos con el VIH que son mujeres**



Fuente: ONUDSIDA/OMS, 2004

ONUSIDA destaca siete retos principales en la lucha contra el VIH/sida:

- el rostro femenino de la enfermedad;
- el 50% de las nuevas infecciones se produce en población joven, entre los 15-24 años;
- la ampliación de los programas de tratamiento que ofrecen tratamiento antivírico;
- los países más afectados de África subsahariana deben afrontar crisis crecientes en los servicios públicos cruciales para dar respuesta a la enfermedad;
- sólo una de cada cinco personas en riesgo de infección tiene acceso a programas de prevención;
- el abordaje del estigma y la discriminación que limitan la eficacia de las acciones de lucha contra el VIH/sida;
- la atención a los huérfanos del VIH/sida, que en 2004 se estimaban en 12 millones.

Los últimos años se han producido importantes avances en la lucha contra el VIH/sida. Actualmente no hay reunión o conferencia internacional en la que no se aborde la problemática del VIH/sida bien desde la salud, la economía u otros enfoques sectoriales.

Según ONUSIDA, los recursos para programas de lucha contra el VIH/sida en países en desarrollo se han multiplicado por seis, pero aún son la mitad de los que se necesitan para poder controlar la expansión del virus y atender correctamente a las personas enfermas.

La OMS en su informe sobre la salud en el mundo de 2004 centrado en el VIH/sida señala como uno de los obstáculos en la lucha contra la enfermedad la brecha terapéutica entre países ricos y pobres. En 2003, seis millones de personas de países en desarrollo necesitaba tratamiento antirretroviral y sólo lo recibían 400.000, la mayoría en Brasil y Sudáfrica. De hecho, una de cada seis personas que necesita tratamiento es sudafricana.

En el caso de la prevención del contagio madre-hijo sólo al 8% de las embarazadas se les ofrece servicios de prevención vertical, a pesar de ser un tratamiento con resultados contrastados.

La epidemia del VIH/sida necesita para su control sistemas de salud estables, con estructuras sólidas y recursos humanos y técnicos adecuados. Sin embargo, los países más afectados coinciden en buen número con Estados que aplicaron en su momento políticas de control y reducción del gasto público en servicios sociales, incluidos los sistemas nacionales de salud.

El impacto del VIH/sida en el sector sanitario tiene varios motivos. Las altas tasas de hospitalización por la gravedad y complejidad de las enfermedades oportunistas incrementa la mortalidad hospitalaria y los gastos por tratamientos, así como la ocupación de las camas hospitalarias. Por ejemplo, en algunos países africanos el 50% de las camas de los hospitales están ocupadas por personas con VIH/sida. Al mismo tiempo se da la circunstancia de que en muchos países africanos entre el 19-53% de las muertes de los funcionarios públicos del sector salud son debidas al sida. En Zambia la muerte entre trabajadores de salud principalmente por sida se incrementó en un hospital 13 veces en 10 años (1980-1990)

Se estima que el VIH/sida supone una reducción de tasa de crecimiento anual para África subsahariana de entre 2 y 4 puntos porcentuales. Además de este impacto en la macroeconomía de los países, hay un impacto directo en la agricultura al afectar la enfermedad a las personas en edad activa para cultivar y realizar los trabajos del campo que, además de suponer una disminución en los ingresos familiares, se traduce en un empeoramiento de la dieta. El VIH/sida está desestructurando las familias y las sociedades afectadas: abuelas que deben

cuidar de sus nietos huérfanos, un número cada vez más elevado de hogares encabezados por niños ...

Las epidemias siempre se acompañan de otros desastres: los ingresos familiares se destinan a la atención sanitaria y a gastos funerarios disminuyendo así la inversión en educación y otros servicios básicos. Por ello, el VIH/sida requiere ser abordado, también, desde la emergencia que supone la letalidad de la enfermedad y con una estrategia de contención integral e integrada como una cuestión de desarrollo, una estrategia multisectorial, preventiva y curativa dotada de los recursos humanos, técnicos y económicos suficientes y que cuente con la participación e implicación de la población.

Otro obstáculo en el combate contra la epidemia es la falta de respuestas coherentes al sida impulsadas por los gobiernos en muchos de los países más gravemente afectados. Habida cuenta del creciente número de estructuras de ejecución y del aumento de la financiación, es fundamental anticiparse al riesgo de duplicación y fragmentación en las respuestas al sida. Para ello, en abril de 2004 los principales donantes respaldaron tres principios fundamentales para reforzar su apoyo a la acción contra el sida impulsada por los países. Esos principios, denominados los "Tres unos"[5] , están orientados a fortalecer la coordinación y coherencia de las respuestas al sida. Su objetivo es respaldar un sistema simple que haga posible que diversos enfoques de lucha contra el sida converjan de forma eficaz.

3. 1. 2. Malaria

Más de la mitad de la población mundial está en riesgo de contraer una de las cuatro variantes de la malaria o paludismo (falciparum, vivax, ovale o malariae). Se estima que se producen anualmente entre 350 y 500 millones de casos, la mayoría en África. La malaria fue la causa de muerte en 2003 de 853.000 niños menores de 5 años, el 94% de los cuales vivían en África subsahariana. Esto es debido, además de problemas estructurales y de recursos, a que la forma más virulenta de la enfermedad se da en esta región.

Los picos de incidencia de la malaria coinciden con las épocas de siembra y cosecha, lo que supone que un episodio de malaria en este momento puede

5. Los principios de los "Tres unos" hacen referencia a un marco de acción nacional acordado para proporcionar la base de la coordinación del trabajo de todos los asociados, una autoridad nacional de coordinación del sida con un mandato multisectorial amplio y un sistema de vigilancia y evaluación en los países.

retrasar la actividad agrícola y tener efectos económicos y nutricionales catastróficos. Asimismo, episodios repetidos de malaria tienden a entorpecer el desarrollo físico e intelectual infantil, además de exponer a quienes los padecen a malnutrición crónica, anemia y mayor vulnerabilidad a otras enfermedades.

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de casos y la complejidad de los mismos como consecuencia de la ineficacia de los tratamientos tradicionales. Al mismo tiempo, las previsiones para las inversiones en los programas de lucha contra la malaria se hacen basándose en los casos clínicos estimados, pero no tienen en cuenta los costes indirectos de la enfermedad tanto en la economía de las familias como de los países.



Fuente: OMS, 2003

La medida más eficaz para prevenir la enfermedad es una vacuna, pero su desarrollo se encuentra aún en una fase muy incipiente. Por ello, se insiste en la implementación de estrategias multisectoriales que abarquen desde la prevención a través de medidas físicas como redes mosquiteras e insecticidas y otras de detección temprana, a la mejora del acceso a tratamientos farmacológicos eficaces.

Uno de los principales problemas en la lucha contra la malaria es la resistencia a los fármacos tradicionales y el elevado precio de las terapias más modernas y con mayores índices de éxito en el tratamiento de la enfermedad, como la terapia combinada con artemisina.

3. 1. 3. Tuberculosis

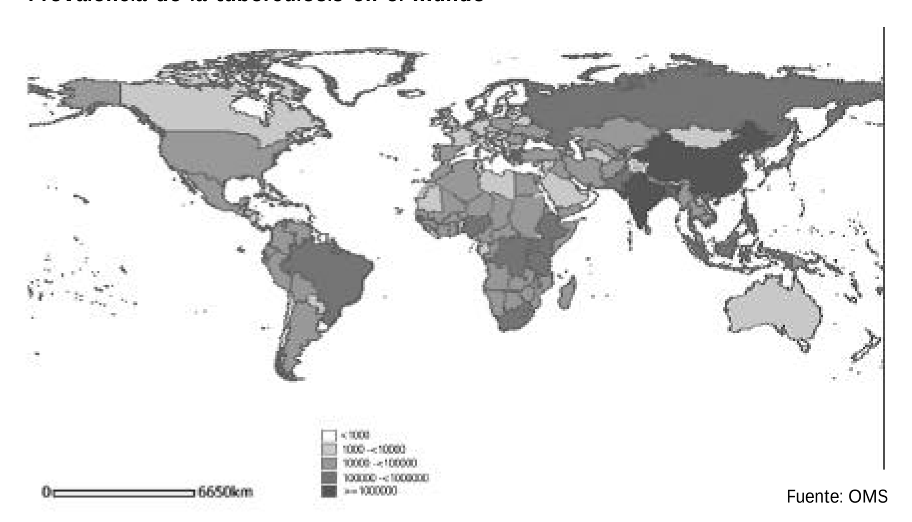
La tuberculosis constituye junto con el VIH/sida y la malaria la tríada de enfermedades que centran la atención internacional. Todos los años enferman de tuberculosis más de ocho millones de personas, de las que dos millones fallecen.

Se estima que la tuberculosis causa más fallecimientos entre mujeres en edad reproductiva que todas las causas de mortalidad materna. Además, la situación de la mujer en muchos países dificulta que éstas acudan a los servicios de salud, se sometan a la prueba de diagnóstico y reciban el tratamiento adecuado.

Por regiones, Asia sudoriental es la más afectada con 3 millones de nuevos casos al año.

En Europa oriental, el número de muertes por tuberculosis está aumentando después de casi 40 años de descenso continuado. En África subsahariana se ha producido un incremento en el número de casos; cada año se registran 1,5 millones, debido en gran parte a la alta prevalencia del VIH/sida en la región.

Prevalencia de la tuberculosis en el mundo



Fuente: OMS

Según el Fondo Global contra la Malaria, el Sida y la Tuberculosis, el aumento del número de casos de tuberculosis, fundamentalmente en países en desarrollo y países en transición, se debe a la combinación de varios elementos como las crisis económicas, el colapso de los sistemas sanitarios, la aplicación insuficiente de medidas de control, la expansión del VIH/sida y la multirresistencia a fármacos.

El coste económico que tiene la tuberculosis es muy alto tanto para las comunidades como, sobre todo, para las personas que la padecen y sus familias. Un paciente con tuberculosis pierde al año entre 3 - 4 meses de trabajo como consecuencia de su enfermedad. A esta pérdida de ingresos, se añade el gasto de las hospitalizaciones y medicamentos y la carga que supone para la familia la atención del enfermo.

La OMS lanzó la estrategia DOTS que combina cinco elementos: compromiso político, servicios de laboratorio, suministro de fármacos, sistemas de vigilancia y seguimiento así como tratamientos altamente eficaces bajo observación directa del personal sanitario, sin necesidad de ingreso hospitalario una vez pasada la fase infectiva.

La estrategia DOTS tiene dos objetivos principales: alcanzar el 70% en la detección de casos y el 85% de cura de los pacientes tratados.

Aunque gracias a esta estrategia, desde 1994 se han curado 10 millones de personas con tuberculosis y que los últimos datos señalan que 4 de cada 5 pacientes que completan el tratamiento se curan, existe un serio problema en la detección de nuevos casos y en este aspecto se está concentrando buena parte de las nuevas acciones, utilizando para obtener información a pacientes que han seguido el tratamiento con éxito.

3. 1. 4. Enfermedades tropicales o enfermedades olvidadas.

En términos globales, el impacto de este grupo de enfermedades en el que se incluyen la tripanosomiasis africana o enfermedad del sueño, la enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana, la filaria linfática o la leishmaniasis es mínimo, ya que apenas supone el 0,2% de las causas de mortalidad. Sin embargo, el impacto en las áreas en las que tienen su mayor incidencia es muy elevado por su mortalidad y/o por las consecuencias de la morbilidad.

Alrededor de 100 millones de personas viven en áreas endémicas del vector (un tipo de chinche) que transmite la enfermedad de Chagas y unos 18 millones de

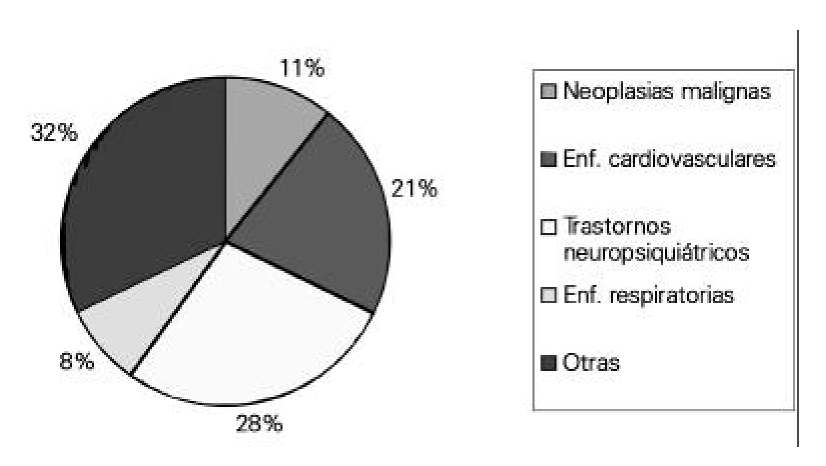
personas ya están infectadas. Esta enfermedad es exclusiva del continente americano y causa 43.000 muertes al año. Además, es la cuarta causa de discapacidad después de las enfermedades respiratorias, las diarreas y el VIH/sida. El 80% de las infecciones se produce a través de la picadura del vector cuando éste succiona la sangre del futuro infectado y deposita en él restos de heces. También se puede transmitir la enfermedad en transfusiones sanguíneas o de madre a hijo durante el embarazo.

El parásito se aloja en los tejidos internos del huésped causando lesiones generalmente irreversibles en el corazón, el colon, esófago o sistema nervioso. La principal manifestación grave de la enfermedad son las cardiopatías, que suelen aparecer muchos años después de que la persona haya sido infectada lo que dificulta el tratamiento y puede derivar en muerte por insuficiencia cardiaca.

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa con tres variantes (mucocutánea, cutánea y visceral) provocada por un parásito denominado leishmania. Según la OMS afecta a unos 12 millones de personas repartidos en 88 países del mundo que albergan a 350 millones de personas.

3. 2. Enfermedades no transmisibles

Gráfico 1. 6 **Principales causas de mortalidad por enfermedades no transmisibles**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS

3. 2. 1. Salud sexual y reproductiva

Según el informe del FNUAP de 2004, el 18% de la carga global de enfermedad está relacionada con problemas vinculados con la salud sexual y reproductiva. La salud sexual y la salud reproductiva son partes integrantes del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental[6] .

La Observación General nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que desarrolla el contenido del derecho a la salud, señala que "para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y ampliar una estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esta estrategia debe prever, en particular, las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. (...) El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva."

Con frecuencia la salud sexual se incluye como un componente de la salud reproductiva, cuando en realidad se debería considerar, más que un componente, una condición previa para la salud reproductiva, abordando no solo la salud de la mujer sino también la del hombre.

Según recoge el número 67 de la revista "Progress in Reproductive Health Research", publicada por el departamento de salud reproductiva e investigación de la OMS, "la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; no meramente la ausencia de enfermedad o disfunción. La salud sexual requiere una aproximación positiva y respetuosa a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales satisfactorias y seguras, no coercitivas y libres de discriminación y violencia". Por lo tanto, se trata de un concepto que va más allá de la salud reproductiva incluyendo, entre otros aspectos, las ITS (infecciones de transmisión sexual), el VIH/sida; embarazos no deseados y abortos; problemas de infertilidad; violencia de género o la mutilación genital femenina.

En 2004 se celebró el décimo aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo. Esta Conferencia introdujo dos claves en la

6. Resolución 2005/24 del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos

agenda del desarrollo: la interrelación entre los temas de población y desarrollo sostenible, dando prioridad a la salud y derechos reproductivos, y la concreción de unos objetivos cuantitativos en materia de movilización de recursos para una serie de metas para el año 2015[7] . Alguna de estas metas, como la reducción de la mortalidad materna, fue recogida en el año 2000 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, precisamente una de las más difíciles de cuantificar. No se incluyó el enfoque de derechos sexuales y reproductivos y los aspectos no "maternos" de la mencionada Declaración.

Se calcula que 201 millones de mujeres que desearían espaciar o limitar el número de hijos no tienen acceso a servicios y métodos de planificación familiar. En consecuencia, se producen al año entre 80-90 millones de embarazos no deseados y 46 millones de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). De estas IVE, se estima que 18 millones se realizan en malas condiciones, produciéndose unas 68.000 defunciones y un número desconocido de discapacidades.

En lo que respecta a las ITS, su detección resulta más difícil en las mujeres que en los hombres por varias razones, fundamentalmente porque un 70% evoluciona de manera asintomática en el caso de las mujeres y un 10% en el caso de los hombres. Las ITS aumentan hasta 10 veces el riesgo de infección y transmisión del VIH. Las ITS que no reciben tratamiento son una de las principales causas de infertilidad, problema que padecen entre 60 - 70 millones de parejas en el mundo. La integración de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS en los servicios de salud reproductiva supondría llegar a millones de mujeres que, básicamente, sólo acuden a los sistemas de salud en relación a su embarazo.

La mutilación genital femenina consiste en la extirpación total o parcial de los órganos genitales externos de las mujeres. En el mundo, 135 millones de ellas han sido mutiladas genitalmente y dos millones más se añaden a esta cifra cada año. Practicada de forma generalizada en más de 28 países africanos y en algunos de Oriente Próximo, la mutilación genital ha comenzado a producirse en comunidades de inmigrantes en países industrializados, en Asia y en Latinoamérica. Se suele practicar entre los 4 y 10 años, aunque la edad está descendiendo progresivamente para evitar que las niñas mayores, cada día más informadas gracias a las campañas de sensibilización, se nieguen a someterse a ella.

La mutilación genital femenina ha sido prohibida los últimos 15 años en muchos

7. Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva, "La ayuda oficial al desarrollo de España en materia de población y salud reproductiva. 1995-2002".

de los países en los que tradicionalmente se realizaba, aunque en la práctica se continúa mutilando niñas[8] .

En España se ha aprobado una ley que persigue esta práctica no sólo cuando se realice en el territorio nacional sino cuando se haya practicado en el país de origen de la niña, aprovechando los periodos vacacionales.

3. 2. 2. Salud materna y salud infantil

El embarazo y el parto son las principales causas de morbimortalidad de las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. Concretamente, el riesgo que tiene una mujer de perder la vida durante el embarazo y el parto es de 1 entre 12 en África subsahariana y 1 entre 4.000 en los países desarrollados. Además de las altas tasas de mortalidad materna en países en desarrollo, por cada mujer que muere, entre 30 y 50 padecen enfermedades o discapacidades crónicas, la más frecuente es la fístula obstétrica[9].

La OMS ha elegido como eje temático para 2005 la salud materno infantil. Las tasas de mortalidad materna e infantil son, probablemente, los indicadores que mayor información proporcionan respecto al estado de salud de un país. Estos indicadores, especialmente la tasa de mortalidad materna, son los que presentan mayores disparidades entre países desarrollados y en desarrollo.

Hace más de 15 años se puso en marcha la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgo[10] , sin embargo, se calcula que 530.000 mujeres murieron en 2004 como consecuencia del embarazo o el parto, el 99% en países en desarrollo. Es probable que, debido a la situación de discriminación en la que se encuentra la mujer y a las circunstancias que rodean el embarazo y el parto en la mayor parte de los países, las estimaciones oficiales no reflejen de modo adecuado la magnitud del problema.

El mayor número de muertes maternas se produce en Asia central, pero el mayor ratio lo presenta África con 830 muertes por cada 100.000 nacidos vivos[11],

8. Medicus Mundi, campaña contra la mutilación genital femenina

9. FNUAP, Informe 2004

10. La Iniciativa para la Maternidad Sin Riesgo se puso en marcha en 1987 en Nairobi (Kenya)

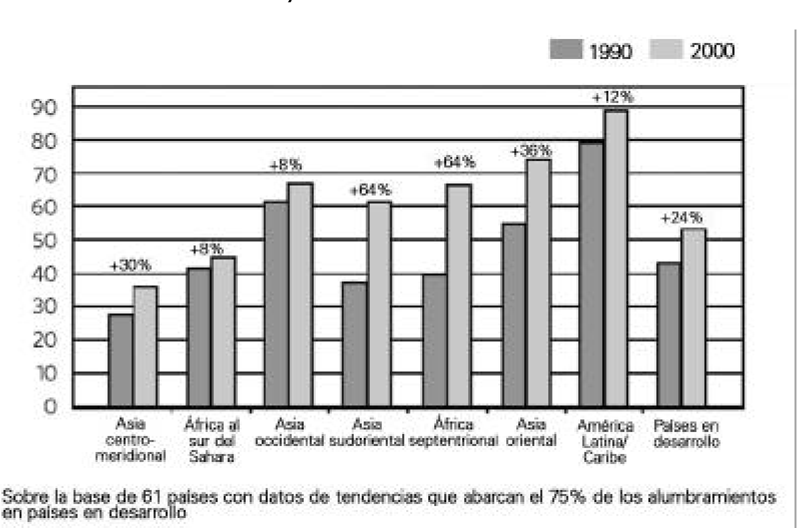
11. Diferenciar con el dato recogido al inicio de este capítulo de 940 mujeres en África subsahariana. La cifra desciende si se incluye en la referencia el Norte de África por ser ésta una zona en la que se ha producido un importante descenso en la mortalidad materna.

frente a 330 de Asia central. América Latina y el Caribe y los países desarrollados aportan el 4% y el 1%, respectivamente, de los fallecimientos.

El 75% de las defunciones maternas se deben a cinco causas: hemorragia, retención de la placenta, eclampsia, sepsis o complicaciones de interrupciones voluntarias del embarazo mal realizadas. El 25% restante se debe a problemas indirectos no obstétricos que, por orden de importancia, son: enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la malaria o la tuberculosis; enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la violencia de género.

Según el Banco Mundial, si todas las mujeres tuvieran acceso a una atención obstétrica, especialmente de urgencia, el 74% de las muertes maternas podrían ser evitadas. Las estrategias de capacitación de las parteras tradicionales no han dado los resultados que se esperaba. Este fracaso puede deberse, en parte, a que el personal institucional no ha realizado el seguimiento adecuado o fallos en la relación con los hospitales de referencia. Por si esto fuera poco, la mayor parte de las complicaciones se producen en el momento del parto en mujeres sin factores de riesgo conocidos, de ahí la insistencia en la necesidad de incrementar el número de nacimientos atendidos por personal sanitario cualificado.

Gráfico 1. 7 **Variaciones en el % de partos con atención de personal cualificado, 1990-2000**



Según el informe del FNUAP de 2004, las causas del estancamiento del progreso en la disminución de la mortalidad materna son: la falta de compromiso de algunos países, la no consideración de las necesidades de las mujeres como prioritarias para los gobiernos, la pobreza, los conflictos y los desastres naturales y situaciones de emergencia.

Además de los programas de maternidad sin riesgo, que mejoran e incrementan el acceso de las mujeres a servicios de atención ginecológica y obstétrica de calidad, es necesario asegurar el acceso a servicios de planificación familiar, incluidos los métodos anticonceptivos modernos, servicios de interrupción segura del embarazo según permita la legislación nacional y la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH/sida.

Cuadro 1. 3 **Partos atendidos por personal cualificado y T. M. Materna**

	prevalencia de anticonceptivos	partos atendidos por personal calificado	Tasa Mortalidad Materna (por cada 100.000 nacidos vivos)
África subsahariana	22%	41%	940
Norte de África y O.medio	52%	72%	220
Asia meridional	45%	35%	560
América Latina y Caribe	72%	82%	190
Países industrializados	74%	99%	13

Fuente: UNICEF. "Estado mundial de la infancia, 2005".

Según la OMS, casi 11 millones de niños y niñas menores de 5 años morirán en 2005, de los que 4 millones lo harán en sus primeros 28 días de vida. Aproximadamente, 7 de cada 10 muertes de menores de 5 años pueden atribuirse a 4 causas principales: infecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea, sarampión o paludismo[12], casi todas se producen en países empobrecidos.

Cuadro 1. 4 **Mortalidad infantil y en menores de 5 años**[13]

	Mortalidad de menores de 5 años/1.000 niños	Mortalidad infantil (<1 año)/1.000 niños
África subsahariana	175	104
Norte de África y O.medio	56	45
Asia meridional	92	67
América Latina y Caribe	32	27
Países industrializados	6	5

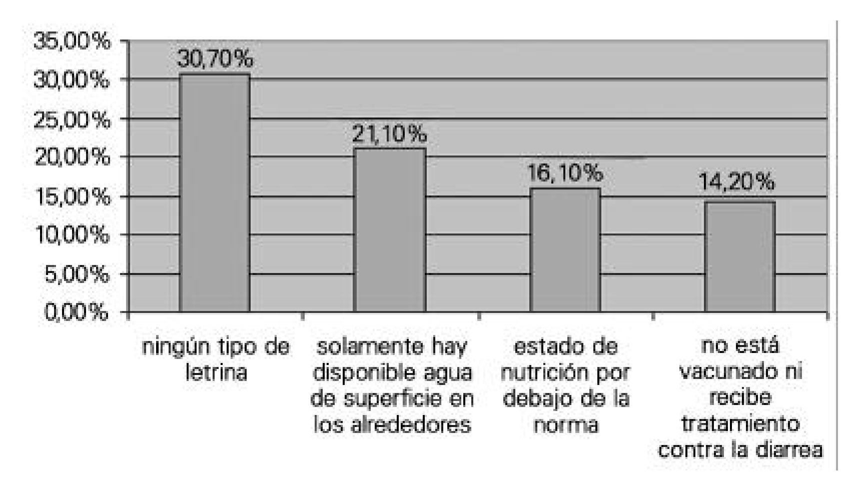
Fuente: UNICEF. "Estado mundial de la infancia, 2005".

12. UNICEF. "El estado mundial de la infancia 2005"

13. Las tasas de mortalidad en menores de 5 años y en menores de 1 se contabilizan por cada 1.000 nacidos vivos.

La infancia es más que la etapa física del nacimiento a la edad adulta. Las condiciones de vida que un niño tenga en sus primeros años de vida van a determinar en gran medida su futuro estado de salud. Un ejemplo claro son las consecuencias irreversibles que produce la desnutrición en los primeros cinco años de vida en el normal desarrollo físico y cognitivo de la persona.

Gráfico 1. 8 **Privación grave entre niños y niñas de los países en desarrollo**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNICEF

Uno de cada 5 niños en países en desarrollo no tiene acceso a agua potable, lo que causa enfermedad, reduce la capacidad física y cognitiva del niño y el absentismo escolar.

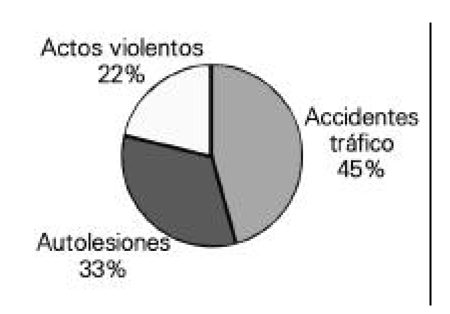
Al analizar las principales causas de mortalidad en recién nacidos se observa que la mayoría de ellas se podrían evitar si el nacimiento fuera supervisado por personal cualificado y tuviera lugar en un ambiente sano y seguro. Las tres causas principales de muerte entre los recién nacidos son: el parto prematuro, asfixia en el parto y las infecciones.

Otro problema importante que afecta a la salud de la infancia es la violencia sexual. Además de la mutilación genital femenina que tiene serias consecuencias para la salud y viola los derechos de las niñas, en los últimos años se está conociendo un aumento de las violaciones a menores en situaciones de emergencia

como los conflictos armados y en relación al VIH/sida por la creencia de que mantener relaciones sexuales con menores reduce la probabilidad de infectarse por el VIH/sida. De ahí el incremento de las violaciones a niñas cada vez más pequeñas.

3. 3. Otros problemas de salud

Gráfico 1. 9 **Distribución de la mortalidad debida a traumatismos**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Los accidentes de tráfico suponen el 45% de los fallecimientos por traumatismos. En el año 2004 la OMS eligió este tema como eje central del Día Mundial de la Salud, porque lejos de ser un problema exclusivo de los países ricos, los países pobres presentan altas tasas de siniestralidad. Así por ejemplo, en África se producen más muertes por accidentes de tráfico que por enfermedades respiratorias. También es necesario señalar que el 3,3% de todas las muertes que se producen en el mundo son intencionadas, es decir violentas.

4. Respuesta internacional

La comunidad internacional se ha comprometido con la mejora de la salud en el mundo en reiteradas ocasiones y por diferentes motivos. La salud es un derecho humano y las obligaciones asumidas por los Estados deben cumplirse.

La salud está incorporada en todas las agendas internacionales específicas o no de salud, como por ejemplo en la Ronda de Doha o Ronda del Desarrollo de la Organización Mundial del Comercio (OMC), en gran parte provocada por las movi-

lizaciones internacionales contra el Acuerdo ADPIC y su impacto en el acceso a medicamentos para los países en desarrollo.

Una característica común a las iniciativas internacionales en favor de la salud es que se trata de programas verticales destinados a controlar un problema concreto de salud, por ejemplo las campañas de erradicación de la viruela o la poliomielitis, que tienen gran visibilidad entre la ciudadanía. En la actualidad las iniciativas internacionales más importantes en el campo de la salud son las dirigidas a la lucha contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis.

FONDO GLOBAL CONTRA EL SIDA, LA MALARIA Y LA TUBERCULOSIS

El Fondo Global es una institución financiera promovida desde el G-8 para incrementar de forma rápida los recursos para combatir las principales epidemias que afectan a los países en desarrollo y destinarlos a las áreas más necesitadas. Se trata de una alianza entre gobiernos, sociedad civil, sector lucrativo privado y comunidades afectadas. Hasta la fecha se han abierto 4 rondas de financiación y en marzo de 2005 se aprobó el lanzamiento de una quinta ronda.

El Fondo no ejecuta directamente programas sino que recauda, gestiona y desembolsa recursos para que socios nacionales ejecuten programas de lucha contra las tres enfermedades. Según sus datos, referidos a junio de 2005, se habían desembolsado casi 1.234 millones de dólares, cuando la cantidad comprometida para esa fecha era de unos 2.774 millones de dólares. España se comprometió a aportar al Fondo Global un total de 100 millones de dólares, habiendo desembolsado en 2003-2004 un monto de 50 millones, a los que habría que sumar otros 50 para 2005-2006. Los Estados son los mayores contribuyentes del Fondo Global; la aportación del sector privado supone en torno al 2% cuyo principal donate es la Fundación Bill y Melinda Gates.

Las propuestas presentadas generalmente desde los mecanismos de coordinación de país o MCP son evaluadas por una comisión independiente que informa al Fondo Global. En estos MCP participan representantes del sector público, del sector privado, organismos multilaterales y bilaterales, ONG, instituciones académicas, empresas privadas y personas afectadas por alguna de las tres enfermedades.

INICIATIVA 3X5

La iniciativa 3x5 fue presentada de forma conjunta por ONUSIDA y la OMS el Día Mundial de la Salud de 2003. Esta iniciativa nace para proporcionar terapia

antirretroviral y prolongar la vida a 3 millones de personas con VIH/sida en países de renta media y baja para el año 2005[14] . Desde finales de 2003 el número de personas recibiendo terapia antirretroviral (TAR) en países de renta media y baja ha aumentado de 400.000 a casi un millón a finales de junio de 2005. Así por ejemplo, en África subsahariana se ha pasado de 150.000 a 500.000 personas tratadas, lo que supone el 11% de las que lo necesitan; en América Latina este porcentaje se eleva al 62%, mientras que en Asia septentrional y central y Europa del Este el tratamiento alcanza el 14% y 13% respectivamente. Los datos más bajos se encuentran en el norte de África y Oriente próximo donde la cobertura apenas alcanza el 5% de las necesidades.

Cuadro 1. 5 **Personas recibiendo terapia antirretroviral (TAR) dentro de la iniciativa 3x5**

Región Geográfica	Nº de personas recibiendo terapia antirretroviral	Estimaciones necesarias	Cobertura
África subsahariana	500.000	4.700.000	11%
América Latina y el Caribe	290.000	465.000	62%
Este, Sur y Sureste asiático	155.000	1.100.000	14%
Europa oriental y Asia central	20.000	160.000	13%
Norte de África y Oriente próximo	4.000	75.000	5%
Total	970.000	6.500.000	15%

Fuente: Informe "Iniciativa 3x5" Junio 2005

Entre los colaboradores más destacados de la iniciativa 3x5 está el Fondo Global contra la Malaria, el Sida y la Tuberculosis y el Plan de Urgencia del Presidente de Estados Unidos para el alivio del sida.

A la vista de los datos disponibles, y a pesar del incremento de las personas con acceso a terapia antirretroviral, es muy poco probable que a finales de 2005 ésta alcance los 3 millones de personas previstos. No obstante, conviene señalar que, incluso alcanzándose la meta prevista, no se estaría cubriendo ni el 50% de las personas que necesitan el tratamiento y que la expansión del VIH está muy lejos de ser contenida y cada día aumenta el número de infectados.

14. Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004"

La meta 3x5 se está traduciendo en metas nacionales. De un total de 49 países que precisan atención especial, 40 han establecido ya metas nacionales de tratamiento cuando en diciembre de 2003 sólo 4 países lo habían hecho.

5. Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre del año 2000 Kofi Annan, Secretario General de la ONU, convocó a los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de Naciones Unidas a la llamada Cumbre del Milenio, con el objetivo de establecer un plan de acción contra la pobreza. Por acuerdo unánime y con la firma de 189 Estados, se aprobó la Declaración del Milenio, como culminación de los compromisos suscritos en diversas cumbres internacionales a lo largo de la década de los 90. La Declaración recoge siete objetivos establecidos según una serie de principios y valores que deben regir las relaciones internacionales en el siglo XXI y que contribuirán a conseguir una globalización equitativa e incluyente. Estos objetivos son:

- la paz, la seguridad y el desarme;
- el desarrollo y la erradicación de la pobreza;
- la protección de nuestro entorno común;
- derechos humanos, democracia y buen gobierno;
- protección de las personas vulnerables;
- atención a las necesidades especiales de África;
- fortalecimiento de las Naciones Unidas.

Cada uno de estos siete objetivos generales incluye compromisos concretos. El objetivo III correspondiente al desarrollo y erradicación de la pobreza se concretó en los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), 8 objetivos genéricos para cuya consecución se establecieron 18 metas específicas y cuantificadas y 48 indicadores que permiten el seguimiento de las mismas; además se establece una fecha concreta para su cumplimiento: el año 2015[15]. Los ODM son los compromisos de las Naciones Unidas que han recibido más atención a lo largo de su historia. No obstante, los ODM no pueden ser entendidos como objetivos finales sino como parte del proceso de erradicación de la pobreza.

Tres de los 8 objetivos se refieren a cuestiones específicas de salud y tres tienen metas relacionadas directamente con la salud. En realidad, todos dependen para su consecución de la mejora de la salud.

15. Ver anexo 1 Declaración del Milenio y Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Cuadro 1. 6 **Objetivos de Desarrollo del Milenio**

Objetivo 1:	**Erradicar la pobreza extrema y el hambre**
Meta 2:	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre
Objetivo 4:	**Reducir la mortalidad infantil**
Meta 5:	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años
Objetivo 5:	**Mejorar la salud materna**
Meta 6:.	Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
Objetivo 6:	**Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades**
Meta 7:	Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida
Meta 8:.	Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves
Objetivo 7:	**Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**
Meta 10	Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso a agua potable
Meta 11:.	Mejorar considerablemente la vida de 100 millones de habitantes de chabolas para el año 2020
Objetivo 8:	**Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**
Meta 17:	En colaboración con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles a los países en desarrollo.

Si bien es cierto que los ODM suponen el compromiso más concreto y el que más amplio respaldo internacional ha recibido para reducir la pobreza, también es cierto que presentan carencias y debilidades importantes.. Los ODM, y en general, toda la iniciativa de desarrollo del milenio, están centrados en aspectos muy concretos, lo que favorece el establecimiento de programas verticales para su consecución. Este tipo de programas si no se diseñan dentro de las políticas nacionales de salud o son impuestos por los donantes, habitualmente secuestran los recursos de los servicios de salud, sobrecargando unas estructuras débiles y poniendo en peligro metas a largo plazo al no tener en consideración los posibles efectos en los sistemas de salud.

La consecución de las metas se mide utilizando promedios sociales, pero puede dar una imagen poco real de la situación de salud de una comunidad ya que las mejoras en la media pueden ocultar la situación de los grupos más desfavorecidos.

Los ODM de salud se corresponden en buena parte con los componentes de la Atención Primaria de Salud (APS) y a derechos humanos económicos, sociales y culturales, sin embargo, estos dos enfoques no se ven reflejados en las metas e indicadores establecidos, tendentes a programas verticales y con metas muy específicas, como se ha señalado anteriormente.

Otro aspecto preocupante es la escasa atención que se presta a los profesionales de la salud y su papel en la consecución de los ODM. Actualmente, uno de los principales problemas de los sistemas de salud de los países en desarrollo es el éxodo de sus profesionales tanto hacia países del Norte como desde las zonas rurales a las áreas urbanas de sus propios países de origen.

En lo que respecta concretamente a cada uno de los objetivos se pueden hacer las siguientes consideraciones:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

- Indicador 4: Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con peso inferior al normal.
- Indicador 5: Porcentaje de población con desnutrición.

En términos generales, la tasa de pobreza ha disminuido del 28 al 21%. Sin embargo, las tendencias mundiales no son representativas de lo que ocurre en las diversas regiones, como tampoco las cifras globales reflejan las diferencias entre países de una misma región ni en el interior de los propios países.

Gran parte del progreso hacia los ODM se debe a los adelantos conseguidos por las regiones de Asia oriental y meridional, en países como India y China -los más poblados del mundo- que sesgan los datos regionales y mundiales. Asimismo, las estadísticas de seguimiento de los ODM no representan por completo la realidad ya que, por ejemplo, en el caso de India, a pesar de haber reducido su tasa de pobreza, debido al gran aumento de población que ha registrado en los últimos años, el número de personas en condiciones de pobreza sigue inalterable desde 1990. Por lo tanto, paradójicamente, las regiones que más han progresado hacia los ODM, todavía albergan el mayor número de personas que viven en la extrema pobreza.

La cantidad de personas hambrientas ha aumentado cada año desde 2000, fundamentalmente en las áreas rurales. El objetivo de reducir a la mitad el hambre en el mundo se está alcanzando en regiones como Asia oriental o América Latina pero en otras como África subsahariana hay países que, si bien no están cumpliendo las metas, están reduciendo la proporción de hambrientos, mientras que en otros han aumentado las personas que pasan hambre.

Según el informe "Invertir en desarrollo" publicado por el Proyecto Milenio de Naciones Unidas, las tendencias actuales indican que en África subsahariana, en 2015, vivirán más del doble de pobres que lo estimado con el logro del Objetivo del Milenio, lo mismo sucede con la región de Oriente Medio y Norte de África. Llama la atención el espectacular empeoramiento de los indicadores de Oriente Medio y Norte de África, que en lo que respecta a la reducción del hambre, lo previsto por los ODM, es que en 2015 vivan 14 millones de hambrientos en esta región y la tendencia actual apunta a que vivirán 46 millones.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

- Indicador 13: Tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años (cantidad por cada 1.000 nacidos vivos).
- Indicador 14: Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos).
- Indicador 15: Porcentaje de niños y niñas de 1 año vacunados contra el sarampión.

El objetivo 4 de los ODM reconoce la importancia que la buena salud infantil tiene por sí misma y su influencia en las posibilidades de desarrollo, y pretende la reducción de la tasa de mortalidad infantil en dos terceras partes entre 1990 y 2015.

El progreso en los tres indicadores previstos es insuficiente y sólo los países de renta alta y América Latina y el Caribe parecen estar en condiciones de cumplir la meta. Otras regiones, como Oriente Medio y norte de África, y Asia meridional, a pesar de que están progresando de manera notable, su grado de consecución es inferior al 50%. El resto de regiones están algo atrasadas y no parece que tengan opciones de alcanzar los objetivos si no se intensifican los esfuerzos. La región más retrasada es África subsahariana, cuyo grado máximo de consecución

es del 13%. Esto hace que se estén acentuando las desigualdades y que la mortalidad infantil se concentre en el continente africano que, si en 1990 albergaba el 30% de las muertes infantiles, en 2003, este porcentaje se elevaba al 43%.

Cuadro 1. 7 **Objetivo 4 - Reducir la mortalidad infantil**

Objetivo 4 – Reducir la mortalidad infantil

META-5- REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL EN 2/3 PARA EL 2015

Indicadores	13- Mortalidad menores de 5 años (total x 1.000 n.v.)				14- Tasa de mortalidad infantil (total x 1.000 n.v.)				15- Niños vacunados contra el sarampión (% niños 12-23 meses)			
	1990	2003	Meta 2015	%consecución	1990	2003	Meta 2015	%consecución	1990	2003	Meta 2015	%consecución
Mundo	95	*86*	32	**15**	64	*57*	21	**17**	73	*77*	100	**15**
Países de renta alta	10	*7*	3	**49**	8	*5*	3	**50**	83	*92*	100	**53**
Países de renta media y baja	103	*87*	34	**24**	69	*59*	23	**23**	72	*76*	100	**12**
Este de Asia y Pacífico	59	*41*	20	**46**	44	*32*	15	**39**	89	*82*	100	**0**
Europa y Asia Central	46	*36*	15	**31**	39	*29*	13	**37**	84	*92*	100	**47**
Latinoamérica y Caribe	53	*33*	18	**58**	43	*28*	14	**52**	76	*93*	100	**71**
Oriente medio y Norte de África	77	*53*	26	**47**	58	*43*	19	**39**	84	*92*	100	**50**
Asia del Sur	130	*92*	43	**44**	89	*66*	30	**38**	56	*67*	93	**30**
África Subsahariana	187	*171*	62	**13**	110	*101*	37	**12**	57	*61*	96	**10**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial

Una de las debilidades de los indicadores establecidos para este objetivo es que se estima que 2 de cada 5 niños que fallecen en las primeras semanas de vida no han sido registrados. La mayoría de los niños y niñas de los países en desarrollo no son inscritos en los registros, lo cual dificulta cualquier tipo de estadística.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

- Indicador 16: Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos).
- Indicador 17: Porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado.

En apartados anteriores se han detallado los datos relativos a la mortalidad materna destacando que se trata de uno de los principales indicadores que marca la diferencia entre países desarrollados y países en desarrollo. No obstante, se trata de uno de los indicadores más dudosos en lo que respecta a la fiabilidad de los registros ya que su compilación es reciente.

En lo que respecta específicamente a los ODM, convendría señalar que el principal fallo de este objetivo relativo a la mortalidad materna es que sólo contempla la función reproductora de la mujer, sin incluir otros problemas de salud importantes y específicos de la mujer, es decir, sin recoger el contenido de la salud sexual y reproductiva. La propia Comisión de Derechos Humanos en su resolución 2003/28 señaló que "la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", es decir, del derecho humano a la salud.

En marzo de 2005 se celebró la Conferencia Bejing+10 y de acuerdo a su Declaración final se propondrá en la Asamblea de Naciones Unidas de evaluación del cumplimiento de los ODM en septiembre de 2005 incluir en este objetivo una nueva meta: "acceso universal a servicios reproductivos en 2015 a través de sistemas de APS". Esto supone un avance aunque se sigue sin hablar de salud sexual y reproductiva, concepto aprobado ya por los Estados miembros.

La tabla confirma los peores augurios y, viendo la tendencia, sólo el norte de África cumplirá el objetivo de reducir en tres cuartas partes el número de muertes durante el embarazo y/o el parto. Una información muy valiosa y útil es el dato desagregado por zonas rurales y urbanas, ya que lo más frecuente es que los servicios de salud se concentren en las áreas más pobladas y urbanizadas, quedando las comunidades más alejadas, con menos recursos y con mayores necesidades, sin la cobertura suficiente.

Cuadro 1. 8 **Mejorar la salud materna (Total x 100,000 nacidos vivos)**

Objetivo 5- Mejorar la Salud Materna (Total x 100,000 nacidos vivos)			
META 6 : REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN 3/4 PARTES – 2015			
Indicadores	16-Mortalidad Materna (Total x 100,000 nacidos vivos)		
	1990	2001/2002	*Meta prevista para 2015
Norte de África	450	130	112
África Subsahariana	1100	920	275
Latin América y el Caribe	190	190	47
Asia del Este	55	55	14
Asia Central y Meridional	410	520	102
Asia Sudoriental	300	210	72
Asia Occidental	230	190	57
Oceanía	260	240	65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial

Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7: Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida

- Indicador 18: Porcentaje de incidencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años, en los centros urbanos y fuera de ellos.
- Indicador 19: Porcentaje de población entre 15 y 24 años que usaron preservativo en las últimas relaciones sexuales de alto riesgo, en mujeres y hombres.
- Indicador 20: Tasa de asistencia escolar de los huérfanos respecto a la de los no huérfanos.

Meta 8: Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

- Indicador 21: Tasa de mortalidad por paludismo, para todas las edades y entre 0 y 4 años (muertes por 100.000).
- Indicador 22: Casos de paludismo por 100.000 habitantes.

- Indicador 23: Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que utilizan mosquiteras tratadas con insecticidas.
- Indicador 24: Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con fiebre que han recibido tratamiento contra el paludismo.
- Indicador 25: Tasa de mortalidad por tuberculosis (muertes por cada 100.000 habitantes).
- Indicador 26: Casos de tuberculosis por 100.000 habitantes (también DOTS).

A lo largo de este capítulo ha quedado patente que el control de estas grandes epidemias no está tan cerca como cabría esperar. Es necesario establecer estrategias de control integradas e integrales que incluyan, como una prioridad, el apoyo a los sistemas públicos de salud, especialmente a los servicios de APS, incrementando el gasto público en salud. Asimismo, es igualmente necesario aumentar la investigación y desarrollo en nuevos tratamientos y vacunas y que éstos resulten asequibles para las poblaciones que los necesitan.

Cuadro 1. 9 **Objetivo 6. Meta 7- Detener y revertir la epidemia de l VIH/sida**

Objetivo 6. Meta 7- Detener y revertir la epidemia del VIH/SIDA				
Indicadores	SIDA: (%)			
	19-a Uso de preservativo en la última relación sexual de riesgo. Edades 15-24 años		19-b Población con conocimientos acerca el VIH/SIDA. Edades 15-24 años	
	1998-2002		1998-2002	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
África Subsahariana	41	23	30	20
Latino América y Caribe	30	24	24	28
Asia del Este	-	-	-	32
Asia Central y Meridional	59	51	-	-
Asia Sudoriental	-	-	-	13
Países en Transición	61	27	8	5

Fuente: Comisión Estadística de las Naciones Unidas

Los programas de lucha contra el VIH/sida deben ser integrales para que puedan ser verdaderamente eficaces, abarcando todos los aspectos de la enfermedad, desde la prevención hasta el acceso a terapias antirretrovirales, atención a huérfanos o lucha contra el estigma. Lo que contribuye de manera sostenible a la contención de la enfermedad es la educación, la información y la prevención.

Cuadro 1. 10 **Objetivo 6- Combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis (% o volumen total). Meta 8**

Objetivo 6- Combatir el VIH/SIDA, La Malaria, la Tuberculosis (% o volumen total)				
META 8: DETENER Y REDUCIR LA PROPAGACIÓN DE LA TB Y LA MALARIA– 2015				
Indicadores TUBERCULOSIS	23- Prevalencia Total de casos x 100,000	23- Muertes x 100,000	24- Casos de TB detectados con el método DOTS**(%)	24- Casos de TB curados con el método DOTS (%)
	2002	2002	2002	2001
Países desarrollados	21	2	39	73
Norte de África	52	4	81	85
África Subsahariana	492	55	43	71
América Latina-Caribe	91	9	45	83
Asia del Este	265	20	28	96
Asia Central-Meridional	343	36	30	85
Asia Sudoriental	432	43	50	86
Asia Occidental	84	9	25	83
Oceanía	388	39	20	76
Países en Transición (Asia)	135	15	47	77
Países en Transición (Europa)	170	19	5	67
** Directly Observed Treatment Short Course – Tratamiento a corto plazo centrado en la Observación Directa				

Fuente: Comisión Estadística de las Naciones Unidas

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso a agua potable

- Indicador 32: Porcentaje de población con acceso sostenible a una fuente de agua mejorada (rural o urbana).

Meta 11: Mejorar considerablemente la vida de 100 millones de habitantes de chabolas para el año 2020.

- Indicador 33: Porcentaje de población urbana con acceso a saneamiento mejorado.

Respecto a la meta de incrementar el porcentaje de personas con acceso a agua potable, si bien hay regiones como África subsahariana en la que apenas se han producido cambios, el resto de regiones se encuentra en camino de alcanzarla. Sin embargo, esta situación no se repite en el caso de la mejora de acceso a medidas de saneamiento donde los logros están siendo muy limitados. No obstante conviene señalar una vez más que se están manejando datos globales, no desagregados por regiones lo que enmascara las diferencias entre regiones e intrarregiones. Por lo tanto, nos encontramos con que la cobertura de abastecimiento de agua alcanza un 82% y la de saneamiento apenas un 60% y, al mismo tiempo, hay regiones en las que el abastecimiento alcanza apenas al 60% de la población y las medidas de saneamiento son disfrutadas por un escaso 25%[16] .

En lo que respecta a la mejora de las condiciones de habitabilidad, desde 1990 ha aumentado el número de personas que viven en chabolas, se calcula que actualmente son 900 millones. En muchas ciudades africanas en torno al 70% de la población urbana vive en chabolas.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta 17: En colaboración con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles a los países en desarrollo.

- Indicador 46: Porcentaje de población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles.

16. 2005 Pablo Martínez Osés. PPC, Editorial y Distribuidora S.A.

Este objetivo atañe fundamentalmente a los países desarrollados y al impacto que pueden tener sus políticas en el desarrollo de los países del Sur. Ya se ha comentado el problema que supone para la mayoría de los países en desarrollo el éxodo de los profesionales cualificados a países del Norte.

De cara a la consecución de la meta 17 serán muy interesantes los resultados de la Conferencia Interministerial que la OMC celebrará en Hong Kong en diciembre de 2005, donde debe cerrarse la Ronda de desarrollo. En esa conferencia se aprobará la incorporación de India a la OMC. Este país deberá aplicar los acuerdos de la OMC, entre ellos el Acuerdo ADPIC lo que supondría la paralización de producción de versiones genéricas de fármacos bajo patente, como sucede con los ARV, dejando desabastecidos a muchos países en desarrollo que sólo pueden adquirir fármacos a bajo coste.

6. Reformas de los sistemas de salud

En los últimos años los organismos multilaterales han promovido reformas de las administraciones públicas de los países en desarrollo con el objetivo de rentabilizar al máximo los recursos públicos disponibles. Dentro de estos procesos globales de reforma, ha tenido especial relevancia la reforma de los sistemas de salud tanto por el peso que tienen en el gasto público como por la importancia que este sector tiene para la población.

No existe un consenso sobre qué se define como sistema de salud. En el año 2001 se celebró en Washington la Reunión Consultiva Regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud[17] , donde se debatieron las distintas definiciones de lo que es un sistema de salud sin llegar a un acuerdo. La definición más limitada reduce el sistema de salud a las actividades bajo el control directo del ministerio de salud, quedando excluidas muchas otras iniciativas públicas o privadas ajenas a los ministerios de salud. De acuerdo con otra definición, un sistema de salud abarca los servicios médicos individuales y los servicios de salud dirigidos a la colectividad (rociamiento con plaguicidas, diseminación de información pública), pero no las acciones intersectoriales destinadas a mejorar la salud (saneamiento o agua potable). Una tercera definición considera como parte del sistema sanitario cualquier medida, intersectorial

17. Consulta regional de las Américas sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud, informe final, Washington DC, mayo 2001
http://www.who.int/health-systems-performance/regional_consultations/amro_report_esp.pdf

o no, cuyo fin primordial sea mejorar la salud. Según la cuarta y última definición, el sistema sanitario comprende toda medida que directa o indirectamente contribuye a mejorar la salud. En esa reunión se concluyó que las definiciones de un sistema de salud, sus límites y sus objetivos varían de país a país según los valores de la sociedad.

Para establecer el contenido de este capítulo, hemos tomado la decisión de asumir la definición más extendida sobre lo que es un sistema de salud, limitándolo al ámbito sanitario. Por lo tanto definimos un sistema de salud como el conjunto de organizaciones, infraestructuras sanitarias, personas y recursos que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población, ofertando unos determinados servicios de atención sanitaria.

Según un informe de la OMS publicado en 1999 un sistema de salud deberá perseguir los siguientes objetivos generales:

a) mejorar las condiciones de salud;
b) reducir las desigualdades en materia de salud;
c) incrementar la eficiencia de la atención sanitaria;
d) reducir el impacto del gasto en salud sobre la economía familiar;
e) promover una financiación acorde con las posibilidades económicas de los diferentes sectores sociales y lograr una mayor equidad en el reparto de la atención sanitaria.

Para conseguir estos objetivos, un sistema de salud debe desempeñar cuatro funciones[18] :

- La rectoría, que a su vez tiene varios componentes: formulación de políticas de salud que definen la visión y orientan el sistema de salud, la reglamentación y la obtención de información para intercambio y evaluación.
- El financiamiento, que asume tanto la compra y el pago de los servicios como la recaudación de ingresos que permitan el sostenimiento del sistema.
- La creación de recursos que supone estudiar la demanda y el suministro de recursos humanos, así como la inversión en el conocimiento o en tecnologías.
- La prestación de servicios de salud, que puede ser tanto individual como colectiva. Se busca que exista un equilibrio entre las dos opciones y una calidad adecuada de los mismos.

18. http://www.elglobal.net/DocumentacionPdf/marianeira.ppt

Estas cuatro funciones del sistema han sido desempeñadas tradicionalmente por las instituciones públicas de salud. Sin embargo, este hecho, incuestionable hace apenas unas décadas, se está modificando paulatinamente en los últimos años, como veremos más adelante, sobre todo en el apartado de provisión de servicios.

Históricamente ha existido una relación clara entre modelos de sistema de salud y modelos de desarrollo, pudiendo ver su evolución desde los años cincuenta del siglo XX hasta nuestros días: desde la necesidad de crecimiento rápido y de altos índices de productividad tras la II Guerra Mundial hasta un mundo globalizado en el que el Estado-nación se ha (auto)inhibido de algunas de sus responsabilidades.

En el caso de los países en desarrollo, después de la Segunda Guerra Mundial, la Guerra Fría repercutió de forma importante en el modelo de sistema de salud que se implantó, utilizándose los modelos de sistemas de salud acordes con la ideología de cada bando. En cuanto a los países que se independizaron en los años 60, normalmente, copiaron el modelo que usaba la metrópoli. Sin embargo, todos estos modelos tenían algo en común: necesitaban un gran aporte externo de recursos humanos, técnicos y materiales para sostenerse, siendo la parte asistencial y la creación de grandes hospitales dos de sus ejes prioritarios por su visibilidad. Estos sistemas, hasta Alma-Ata donde se promovieron los cuidados sanitarios primarios, solían olvidar que no solucionaban los principales problemas de salud de la población, que, mayoritariamente, vivía en las áreas rurales.

Esta situación cambió de forma importante al acabar la Guerra Fría. Las grandes potencias dejaron de invertir en sus países satélite como lo venían haciendo, lo que supuso una gran disminución de los recursos para los sistemas sanitarios de los países en desarrollo. Se produjo una crisis de los sistemas de salud que, unido a la aparición del sida, hizo que empeoraran los indicadores de salud que habían mejorado en todo el mundo hasta los años 70. En este contexto, se hicieron propuestas nuevas para la ejecución de los sistemas de salud y sus funciones que dejaron de ser campo exclusivo de las instituciones públicas.

La última gran reforma en las políticas de salud mundiales se produjo en un momento en el que los países en desarrollo estaban inmersos en la implantación de planes de ajuste estructural y otras reformas nacionales promovidas por las instituciones financieras internacionales, encaminadas a contener el gasto público, lo que se tradujo en importantes recortes en el gasto sanitario y que los Estados estuvieran más preocupados por la eficiencia de la gestión que por la calidad de los servicios y la cobertura de las necesidades de la población.

En los últimos 25 años, hemos asistido a grandes cambios mundiales, nacionales y locales de los patrones epidemiológicos, con importantes repercusiones en el desempeño de los sistemas de salud. Entre las transiciones demográficas y epidemiológicas más importantes cabe citar el envejecimiento de las poblaciones, la explosión del VIH/sida y la creciente doble carga de morbilidad que arrastran los países de ingresos bajos y medios. Estos cambios han forzado una adaptación de los sistemas y políticas de salud. En el caso de los países en desarrollo el incremento de la morbilidad por enfermedades no transmisibles y el envejecimiento de la población han confluido con la persistencia de patrones epidemiológicos del pasado, como las altas tasas de morbilidad por enfermedades transmisibles y los nuevos problemas de salud como el VIH/sida y el repunte de la tuberculosis.

Estas circunstancias, la falta de acceso, equidad y cobertura, el aumento de la carga total de la enfermedad y el recorte en el gasto sanitario sumieron a los sistemas sanitarios de los países en desarrollo, ya de por si frágiles, en una profunda crisis, y en una desconfianza de la población hacia el sector público. Este hecho lo aprovecharon algunas instituciones internacionales para presentar modificaciones en el papel y las funciones de los diferentes actores que trabajan en la salud, modificaciones que, anteriormente, hubieran sido rechazadas.

Todos estos cambios se hicieron patentes en 1993, con la publicación del informe del Banco Mundial titulado "Invertir en salud". Este documento marca el momento a partir del cual la salud empieza a ser considerada un elemento clave y estratégico para el desarrollo así como el vínculo entre salud y pobreza.

El informe del Banco Mundial hacía un análisis de la situación de la salud y de los sistemas de salud en el mundo, especialmente de los problemas y retos a los que se enfrentaban en un momento de cambio del modelo de desarrollo. Se hacía una crítica al sector público y al papel que los gobiernos desempeñaban o debían desempeñar dentro de un sistema de salud. Este informe plantea una serie de recomendaciones y líneas de trabajo que se fueron implementando en mayor o menor medida por los Estados a partir de una serie de acuerdos. Las reformas de los sistemas de salud se enmarcaban en buena medida en las políticas promovidas desde los planes de ajuste estructural caracterizadas por una drástica reducción del gasto público social.

Las recomendaciones del Banco Mundial minimizan el papel de los gobiernos en las intervenciones de salud pública y en la prestación de servicios y coloca la responsabilidad en los individuos. Las propuestas se alinean en tres ejes fundamentales que, según el Banco Mundial, suponen una mejora real de la salud:

1. Privatización de la prestación de servicios que, sin estar demostrado, parece más eficiente que el sistema público.
2. Competencia entre sectores, con una previsible mejora de la eficiencia y la eficacia como telón de fondo.
3. Un proceso de descentralización avanzado, que permite, en teoría, trabajar más directamente con las necesidades de la población.

Este informe y otros posteriores se han utilizado para poner en marcha reformas de los sistemas sanitarios de muchos países en desarrollo basadas en los tres ejes citados y suponen un "adelgazamiento" de la función del Estado, al cual solamente le queda en exclusiva la función de rectoría para coordinar y dirigir al resto de actores públicos y privados. El otro elemento destacable en los procesos de reforma es la descentralización de funciones, con el objeto de mejorar la eficiencia, la cobertura y el acceso a los sistemas sanitarios.

Para poner en marcha dichos procesos se necesitaba una base previa y muchos Estados no disponían de las capacidades necesarias para asumir las funciones de rectoría. Los procesos de descentralización conllevaban muchos problemas, desde la falta de capacitación del personal que asumía las funciones de forma descentralizada o la falta de voluntad política que provocaba una descentralización más teórica que práctica. En el informe del año 2004 se exponía el caso concreto de Guatemala en el que el Estado no podía asumir las funciones de rectoría y la entrada de organizaciones privadas no lucrativas no mejoraba la eficacia de las acciones, pudiendo convertirse, incluso, en causa de inequidad en el acceso a servicios sanitarios. De hecho, la descentralización puede llegar a ser más perjudicial para las poblaciones más frágiles, ya que puede suponer ciertas restricciones financieras que, solamente, una red nacional puede superar[19] .

Desde 1993 hasta hoy han transcurrido trece años y la realidad nos muestra que estas reformas, en general, no han mejorado ni la cobertura ni el acceso a servicios sanitarios. La razón está en que el criterio principal para realizar dicha reforma no fue la mejora de la salud sino la necesidad de reducir gastos y la eficiencia pasó de ser un medio a ser un fin. De hecho, la brecha de salud entre ricos y pobres cada vez es mayor y tanto la privatización de servicios como la descentralización realizada apresuradamente, sin formar al personal, sin dotarla de los recursos necesarios han colaborado a ensancharla. Hay autores[20] que aseguran que el informe "Invertir en salud" supone un intento de que sea el

19. Kivumbi G., Kintu F. Exemptions and waivers from cost sharing: ineffective safety nets in decentralized districts in Uganda. Health Policy and planning, 17 (suppl 1) pp 64-71, 2002
20. http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=7149

mercado el que asigne los recursos y las empresas privadas de salud sean las prestatarias del servicio, como si una supuesta eficiencia fuera el criterio principal de cambio en países donde el acceso y la cobertura a los servicios sanitarios debería ser la prioridad.

6. 1. El caso de América Latina[21]

Más del 20% de la población de la región de América Latina carece de acceso a la protección social de la salud, a pesar de que los sistemas de salud de esa área geográfica reconocen, sin excepción y de manera implícita o explícita, el carácter universal de la salud.

Las causas de esta disparidad entre la cobertura teórica de los sistemas y la cobertura real se pueden clasificar en dos tipos, causas exógenas y causas endógenas:
Dentro de las causas exógenas se incluyen:

- Causas macroeconómicas como el desempleo o la pobreza.
- Causas políticas como la inestabilidad o la corrupción.
- Causas culturales.
- Causas sociales.
- Causas geográficas.

Las causas endógenas, aquellas originadas en el propio sistema, varían en función del tipo de sistema que tenga cada país. Así por ejemplo, la disparidad entre la cobertura teórica y la real es muy pequeña en los países con sistemas públicos integrados y va aumentando de manera proporcional a la disminución del peso del sector público.

Las estrategias destinadas a extender la cobertura de los sistemas de salud se dividen básicamente en dos tipos: aquellas que reconocen el carácter universal de la protección de la salud y se dirigen a la mejora de la eficiencia y la productividad de los servicios o al incremento de la participación social, a adaptar los servicios a las necesidades y condiciones locales y a la reducción de la exclusión financiera y cultural. Las otras estrategias son programas verticales focalizados en problemas o situaciones concretas, como los programas de vacunación, control del niño sano, mejora nutricional o programas especiales de protección a grupos vulnerables.

21. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos de las reformas del sector de la salud. Claudia Viviana Madies, Silvie Chiarvetti y Marina Chorny. Revista Panamanericana de Salud. 2000

La tendencia en los actuales procesos de modernización de los Estados es insistir en aspectos como la participación social, la descentralización, la separación de funciones en la gestión pública y la incorporación de nuevos actores en la financiación y provisión de servicios. Sin embargo, este discurso pocas veces se ratifica con un compromiso político y presupuestario suficiente para poder asumir los retos.

En América, salvo los casos de Cuba y Estados insulares del Caribe anglófono que presentan sistemas de cobertura pública universal, los sistemas de salud cuentan con tres subsectores:

- El subsector público que atiende, principalmente, las necesidades de los sectores de población con menos recursos.
- El subsector de seguros sociales que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos a sus dependientes.
- El subsector privado que, generalmente, atiende a los sectores con mayores recursos.

Los sistemas de seguros privados y seguros sociales deberían cubrir las necesidades de la población a la que atienden. El sector público suele trabajar sobre todo con la población excluida en programas selectivos que no cubren las necesidades en salud. La coordinación entre los tres sectores es difícil y, a veces, inexistente

La reforma del sector salud en América Latina, que comenzó en los años 90, se produjo por la necesidad de ofertar unos servicios de salud de calidad, accesibles y equitativos. En todos los países se establecieron unos objetivos comunes: reorganización institucional, introducción de nuevas modalidades de provisión de servicios sanitarios, mejora de la calidad en la atención y la reorientación de los recursos públicos para lograr eficiencia y equidad. En el análisis que se realizó sobre las reformas del sector salud en 2004[22] se afirma que, a pesar de la existencia de algún elemento positivo como la mejora de la gestión de recursos en salud, no se puede hablar de impactos en el conjunto de la región, al no existir mecanismos adecuados de evaluación. Refiriéndonos a la equidad, el mayor problema en América Latina, sigue manteniéndose como un objetivo pendiente en la mayoría de los países. Si hablamos de la efectividad y la calidad del sistema, solamente Brasil ofrece datos que muestran una mejora en los indicadores de mortalidad infantil y materna.

22. "The analysis of health sector reforms. Region of Americas". Iniciativa regional de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe,OPS, Washington 2004

6. 2. Retos de las reformas en los sistemas de salud

Además de una reflexión profunda sobre la visión desde donde se construye las reformas de salud, sus principales retos son:

- La formación y retención del personal sanitario

La escasez de personal sanitario es un grave problema de los países en desarrollo, sobre todo en África subsahariana. Por una parte, los planes de formación no parecen adaptarse a las necesidades y condiciones locales. Sirva de ejemplo el hecho de que, normalmente, en países desarrollados hay el doble de escuelas de enfermería que de medicina; sin embargo, en África sucede lo contrario: 38 escuelas de enfermería frente a 64 de medicina. Los patrones epidemiológicos actuales sugieren como opción más eficaz la incorporación de nuevas categorías de personal que se ajusten a las necesidades de los países.

Además de la escasez, otro problema se encuentra en la migración del personal bien a países del Norte bien a otros de la misma región que ofrecen mejores condiciones de trabajo y desarrollo profesional. Por ejemplo, 278 parteras de Malawi han emigrado a Gran Bretaña entre 1999 y 2002 y, solamente, 258 han recibido la titulación.

Además de la mejora en los conocimientos técnicos, se debe formar para que el personal trate adecuadamente a los enfermos, teniendo presente sus circunstancias personales. De este modo, los enfermos no considerarán el sistema sanitario como algo ajeno.

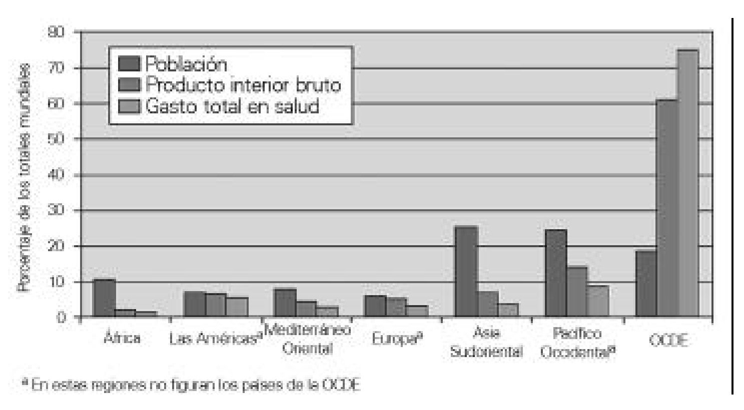
- La gestión de la información sanitaria

La información sanitaria es un recurso necesario para la gestión de los servicios de salud locales y para el diseño y planificación de políticas sanitarias nacionales basadas en las necesidades de salud de la población. Muy pocos países en desarrollo disponen de sistemas de información sanitaria eficientes y, si existen, se enmarcan en programas verticales impulsados, generalmente, por iniciativas internacionales que no suelen estar integradas en los sistemas nacionales de salud. Los países en desarrollo deben hacer un esfuerzo importante para poder obtener los datos reales de las necesidades de salud de las poblaciones y, de este modo, priorizar acciones y políticas adecuadas y coherentes.

- La financiación

Casi el 90% del gasto sanitario mundial se concentra en los países de la OCDE, mientras África que presenta el 25% de la carga mundial de morbilidad apenas supone el 2% del gasto sanitario global.

Gráfico 1. 10 **Desigualdades de los gastos en salud y los ingresos, por regiones, 2001**



Fuente: Informe OMS 2003

En los países de ingresos altos se destina a la salud una media del 8% de la renta nacional. Las cuestiones de debate sobre la financiación de los sistemas se centran en la eficacia del gasto, la contención de los costos y la equidad.

En los países de renta media el gasto en salud varía del 3 al 7% de la renta nacional y la financiación sanitaria suele constituir un serio obstáculo en el acceso universal a las intervenciones sanitarias.

En los países de ingresos bajos apenas el 13% de la renta nacional se destina a la salud. Al ser países con unos niveles de renta muy bajos, el incremento en la inversión, si no es sostenido y cuenta con el apoyo de los donantes, tampoco se traduciría en una mejora perceptible en la atención sanitaria. No obstante, el aumento en la inversión sanitaria supone un signo de compromiso con la salud por parte del gobierno.

A pesar de que los principios generales para mejorar la financiación de la sanidad puedan ser los mismos, las condiciones sociopolíticas en las que se tienen que

aplicar difieren mucho en los países ricos y los países pobres. Los principios que señala la OMS para buscar la equidad en cuanto a financiación de cuidados de salud son: reducir las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio; aumentar el rendimiento de cuentas de las instituciones responsables de gestionar los seguros y la provisión de atención sanitaria; mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas para los fondos de salud; y recaudar dinero mediante mecanismos administrativos eficientes.

- La rectoría pública en un contexto pluralista

La OMS afirma que los nuevos modelos de sistemas de salud promovidos en el marco de las reformas de los años 90 se caracterizan por la especialización institucional y la descentralización. Ambas suponen que las funciones de un sistema de salud son desagregadas, con el convencimiento de que, así, se mejora la eficacia, eficiencia y transparencia de la gestión y resulta más práctico que los ministerios o secretarías de salud se desliguen de la provisión directa de servicios y se concentren en la función de rectoría y coordinación.

El XL Consejo Directivo de la OPS definió los elementos que integran el nuevo perfil de rectoría dentro del sector salud[23] :

❒ Función de conducción

Busca la actuación directiva eficaz en lo que se refiere a las decisiones relacionadas con la orientación y movilización de los recursos. El Estado es el garante del ejercicio del derecho a la salud de sus ciudadanos y, por lo tanto, se deberá esforzar en facilitar la concertación entre los diferentes actores públicos, privados lucrativos, privados no lucrativos (ONG), aseguradoras sociales y la comunidad para que todos los recursos y programas procuren la cobertura universal.

❒ Función de regulación

Garantiza el papel del Estado para ordenar las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud de acuerdo a los principios de solidaridad y equidad. La función de regulación se ve afectada por los procesos de globalización e integración regional caracterizados por la liberalización de los servicios, entre ellos, los servicios de salud.

❒ Acciones de salud pública propias de la autoridad sanitaria

Son aquellas acciones que superan los ámbitos locales, incluso los nacionales. La

23. "Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud" José Mª Martín. 2000

salud pública debe asegurar las mínimas condiciones de salud de la población, como el acceso a agua potable, a vivienda digna…, y establece las estrategias necesarias para luchar contra epidemias y aquellas enfermedades que superen los ámbitos locales. También incluye los servicios de información sanitaria nacionales.

❐ Modulación de la financiación
La diversidad en las fuentes y las formas de financiación genera nuevos esquemas de responsabilidad por parte del Estado ya que, en la práctica, lo más frecuente es que éste tenga una limitada capacidad de decisión sobre los criterios de asignación de recursos privados y descentralizados. No obstante, en la medida en que la tendencia a la financiación directa por parte del cliente o mediante seguros sociales se mantenga, la necesidad de análisis y control por parte del Estado se incrementa para asegurar el acceso y la equidad sanitaria.

❐ Garantía del aseguramiento del ejercicio del derecho a la salud de los ciudadanos
Este punto tiene que ver con la regulación. El Estado debe tener los mecanismos necesarios para que, en el caso de que algunos actores no aseguren el derecho a la salud de la población, él mismo asuma la provisión de servicios.

❐ Armonización de la provisión de servicios realizada por diferentes actores
Con tantos actores, el Estado debe ser el motor que impulse la coordinación de todos ellos, con el fin de que no se solapen las actividades y se asegure la eficacia y eficiencia en el conjunto de la provisión de servicios. La contractualización es un ejemplo.

6. 3. Conclusiones sobre las reformas del sector salud

En general, las reformas del sector salud no han supuesto mejoras en términos de equidad y acceso, incluso han supuesto perjuicios en lugar de beneficios. Concretamente, se deduce que:

■ Cualquier reforma de los sistemas de salud tiene que priorizar los objetivos de salud que promueve la OMS y se debe centrar en la equidad más que en la eficiencia, ya que es el principal criterio para mejorar el estado de salud de la población.

■ La variación en el desempeño de las funciones del Estado se ha realizado según algunos supuestos no comprobados -las instituciones privadas

son más eficientes que las públicas, la ineficiencia del sector público se debe a un problema intrínseco al sistema y no a su falta de recursos-. No en vano, uno de los objetivos principales de las reformas de los sistemas de salud era apoyar los programas de ajuste estructural y de reforma del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial. Es necesario reflexionar sobre los efectos que tiene sobre los criterios de cobertura, acceso y eficacia la falta de provisión de servicios sanitarios por parte de los sistemas públicos.

- Con respecto a la privatización de la provisión de servicios sanitarios, se concluye que no ha solucionado los problemas a los que se enfrentaba el sistema. En los países donde la privatización ha adquirido gran relevancia, las personas que deben usar cuidados de salud secundarios o terciarios pueden acabar en la pobreza debido al coste del servicio[24] .

- El mercado y la competencia, por sí solas, no solucionan los problemas de salud en los países empobrecidos, como la falta de acceso, la eficacia y la equidad del sistema. Por ejemplo, la competencia entre seguros privados y públicos para aumentar la cobertura no parece que haya dado grandes resultados.

- La descentralización es un proceso que debe hacerse pensando en cumplir unas condiciones previas de capacitación y de asignación de recursos humanos, técnicos y económicos suficientes para cumplir su función. A su vez, se deben establecer redes con el ministerio en aquellos temas que superen el ámbito local o se necesite una respuesta global, como puede ser las redes de acceso a los servicios de salud por los más pobres.

- Además, las reformas de los sistemas de salud deben contemplar los retos aquí expresados: la carencia de recursos humanos en cantidad y calidad, la mejora de los sistemas de información sanitaria y de gasto para poder evaluar el desempeño de los sistemas de salud, los mecanismos de financiación de la salud y una adecuada función de rectoría.

24. Sen K, Koivuselo M. Health care reforms and developing countries-a critical overview. International Journal of Health Planning and Mangement. Vol13 pp199-215, 1998

Recuadro 1. 1

La contractualización: Una nueva experiencia

El 28 de mayo de 2003, en la 56ª Asamblea de la OMS, se aprobó una nueva forma de relación entre los ministerios de salud y las organizaciones no lucrativas que trabajan en este campo denominada contractualización promovida desde Medicus Mundi y de la que se tienen experiencias en países como Ghana, Togo o Malí.

Esta experiencia surge ante la realidad que existe en muchos países africanos y que viene marcada por la existencia de entidades privadas, religiosas y no lucrativas, en su mayoría, prestando atención sanitaria a poblaciones no atendidas o mal atendidas por los ministerios de salud. Estas entidades cuentan con más medios, ofrecen servicios que no corresponden a su nivel de complejidad y no están integradas en las redes de servicios de salud. Como consecuencia de ello, se genera una clara inequidad en la población. A esto hay que añadir una desconfianza mutua entre los ministerios y las entidades privadas.

Algunas entidades no lucrativas consideran que algunos ministerios de salud son ineficientes, que dan prioridad a intereses políticos frente a las necesidades de la comunidad y que no siempre respeta la autonomía de las entidades privadas. Asimismo, una idea compartida por muchos ministerios de salud de países en desarrollo es que, con frecuencia, las entidades privadas (lucrativas o no lucrativas) que trabajan en el sector salud ignoran o no respetan las políticas públicas de salud, lo que generalmente supone una duplicidad de esfuerzos y gastos. Esta descoordinación implica también que no se suelan cubrir las necesidades de la población ni las expectativas de la administración pública.

La contractualización se presenta como una posible solución a estas situaciones de descoordinación y desconfianza entre entidades públicas y privadas y pretende garantizar una atención básica disponible para toda la población utilizando todos los recursos sanitarios presentes en la zona. Se basa en el acuerdo de ambas partes y promueve la confianza mutua. Por una parte, el ministerio ejerce su función de rectoría, estableciendo unos servicios esenciales que la entidad no lucrativa tiene la obligación de prestar

a la comunidad y, por otra, esta entidad recibe apoyo y reconocimiento del sector público y una compensación económica por la prestación de los servicios. Sin duda, es más barato que mantener una estructura de salud pública en la misma zona.

Antes de aplicar la contractualización es necesario evaluar las novedades que implica para el sistema de salud. Entre estas novedades, destaca la pérdida de control por parte del Estado de algunas funciones del sistema (la de prestación, por ejemplo,) o el cambio de papeles de los trabajadores sanitarios. Es requisito indispensable que el ministerio haya identificado correctamente las necesidades de salud de la población y disponga de los recursos necesarios para ejercer su función de rectoría del sistema. El reparto de funciones entre el sector público y la entidad privada debe estar definido de forma precisa, para lo cual resulta muy útil disponer de guías o manuales de trabajo para todos los actores implicados en la acción..

Sin estas condiciones previas, los riesgos de que la contractualización no sirva para aumentar la cobertura y equidad sanitarias son muy altos. Aunque se cumplan todos los requisitos anteriores, siguen existiendo algunas lagunas que es importante que se solventen en el futuro. La más importante se refiere a la dificultad que las instituciones públicas tienen para que algunas instituciones no lucrativas religiosas, que son mayoría en el continente africano, garanticen la cobertura en el área de la salud sexual y reproductiva, concretamente en el acceso a métodos de planificación familiar dentro de los parámetros de la sanidad pública. En la experiencia de Ghana, en el "memorando de entendimiento" firmado entre el Ministerio de Salud y la Asociación Católica de Salud en Ghana, aparecía una cláusula donde se permitía a las ONG a no proveer de ciertos servicios si eran contrarios a sus principios morales. Esto obliga al Estado a proveer estos servicios en otros lugares, por lo que el beneficio que tiene esta iniciativa se reduce.

No obstante, estamos ante un nuevo proceso y para conocer su utilidad real se deben evaluar los resultados de estas iniciativas a medio plazo para seguir avanzando y mejorando tanto en las prácticas como en el proceso en sí mismo.



COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN SALUD: PERSPECTIVA INTERNACIONAL

1. Introducción

El análisis comparado con un entorno internacional de referencia permite detectar los rasgos específicos de la cooperación española. Para este análisis comparativo se establece la secuencia temporal que comprende desde 2000 hasta 2003, dado que éste es el último año del que se dispone de datos consolidados para el conjunto de donantes. Además, el año 2003 coincide con el último año del anterior Ejecutivo como gestor de la ayuda, por lo que el periodo seleccionado permite realizar un balance de su gestión. Su comparación con los años venideros permitirá, además, un diagnóstico de los avances o retrocesos de la cooperación española en la legislatura en la que nos encontramos[25] . Por otra parte, el inicio del periodo elegido (año 2000) tiene significado por cuanto se celebran dos acontecimientos de interés: la Cumbre del Milenio, en la que se adopta un compromiso internacional respecto a los ODM; y el debate, por primera vez en la historia del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, de un aspecto relacionado con la salud, como es el VIH/sida[26] .

En respuesta a los compromisos contraídos con los ODM en el ámbito sanitario se dictan, a partir de entonces, distintas disposiciones y programas de acción, tanto por parte del CAD como de la UE. Se configura así el marco doctrinal y normativo por el que debe guiarse la estrategia de la cooperación internacional en salud de la comunidad donante (cuadro 2. 1.). Se coincide en que, entre los factores más importantes que determinan la salud en los países más pobres, han de considerarse aquellos aspectos y acciones que se emprendan fuera del sector sanitario. Al respecto, dos disposiciones adquieren especial relevancia: la comunicación *"La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo"* dictada por la UE en 2002, en la que se insiste en la necesidad de mejorar la coherencia, la complementariedad y la coordinación a todos los niveles entre las políticas y las actividades de la UE y sus Estados miembros; y las *"Directrices*

25. A tal efecto, una primera aproximación se obtiene del análisis que se realiza en el siguiente capítulo.

26. 10 de enero de 2000, el tema tratado fue "El impacto del sida en la paz y la seguridad de Africa".// Resolución 1308/2000 del Consejo de Seguridad, de 17 de julio de 2000.

sobre la salud y la pobreza" del CAD de 2003, en las que se ofrece un conjunto de acciones claves tanto para los países donantes como para los receptores en el ámbito de la lucha contra la pobreza.

Cuadro 2. 1 **Principales referencias normativas en la orientación de la cooperación internacional en salud CAD/UE (2000-2005)[27]**

2000/ NNUUU Cumbre del Milenio, del año 2000		
Año	CAD (OCDE)	Unión Europea
2001	Directrices sobre la Reducción de la Pobreza	Programa de Acción para la "Aceleración de la lucha contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza. 2001-2006"[28]
2002		Comunicación: "La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo"[29]
2003	Directrices en materia de pobreza y salud	Febrero: Comunicación, "Actualización del programa de acción comunitario: Aceleración de la lucha contra el VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis en el marco de la reducción de la pobreza - Cuestiones políticas pendientes y desafíos futuros"[30]. Mayo: Reglamento Nº 953[31], destinado a evitar el desvío comercial hacia la Unión Europea de determinados medicamentos esenciales. Junio: Reglamento Nº 1567[32], relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo

27. Para un conocimiento más detallado de cada una de ellas, véase el informe anterior "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004".

28. Comunicación de la Comisión, de 21 de febrero de 2001, al Consejo y al Parlamento Europeo. Programa de acción: aceleración de la lucha contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza.

29. Comunicación de la Comisión, de 22 de marzo de 2002, al Consejo y al Parlamento Europeo. La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo.

30. Comunicación de la Comisión, de 26 de febrero de 2003, al Consejo y al Parlamento Europeo. Actualización del programa de acción comunitario: Aceleración de la lucha contra el VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis en el marco de la reducción de la pobreza - Cuestiones políticas pendientes y desafíos futuros.

31. Reglamento (CE) Nº 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

32. Reglamento (CE) Nº 953/2003 del Consejo, de 26 de mayo de 2003, destinado a evitar el desvío comercial hacia la Unión Europea de determinados medicamentos esenciales [Diario Oficial L 135 de 3.6.2003].

Dada la evolución de la ayuda internacional en salud en los últimos años, conviene detenerse, en las "*Directrices sobre la salud y la pobreza*" del CAD, en las que se establecen una serie de pautas para las agencias de desarrollo y para cada uno de sus cinco lineamientos básicos:

1. Movilizar las voluntades políticas y más recursos sanitarios
   - ❒ Impulsar un mayor conocimiento de la contribución sanitaria para el crecimiento y desarrollo a favor de los pobres. Promover el diálogo sobre salud y otras políticas para respaldar un enfoque sanitario a favor de los pobres.
   - ❒ Aumentar la ayuda para la consecución de los ODM en cuanto a salud y reducción de la pobreza.

2. Desarrollar sistemas sanitarios efectivos a favor de los pobres:
   - ❒ Reforzar la capacidad de ejecución de las funciones principales del ministerio de sanidad.
   - ❒ Facilitar la identificación de patrones de enfermedades y las necesidades de los pobres y grupos vulnerables en cuanto a servicios sanitarios.
   - ❒ Apoyar la función de los análisis de impacto social para que los sistemas de salud sean más accesibles para los pobres, financiación incluida.
   - ❒ Ayudar a las organizaciones de la sociedad civil y a representantes de las comunidades a aumentar su capacidad para participar en políticas y programas sanitarios.
   - ❒ Apoyar estrategias que incrementen el suministro de los servicios, tales como mejores servicios y asociaciones con el sector privado para aumentar la cobertura.

3. Centrarse en políticas de otros sectores que afecten a la salud de los pobres:
   - ❒ Ayudar a que conozca el impacto potencial de políticas sectoriales en la salud tales como las relativas a educación, nutrición, suministro de agua y saneamiento.

4. Examinar las estrategias de los países relativas a la reducción de la pobreza y los programas sanitarios, y controlar el progreso hacia la mejora sanitaria:
   - ❒ Fomentar un mayor liderazgo y propiedad de los países para elaborar e implantar PRS y programas sanitarios. Encaminarse a procedimientos comunes para el suministro y evaluación de la ayuda.
   - ❒ Establecer las bases para analizar la influencia de la pobreza y el género en la salud.

❒ Asegurar que las iniciativas de salud global respaldan las propiedades y políticas nacionales.
❒ Reforzar los sistemas nacionales estadísticos y de control para medir el progreso hacia la salud y la reducción de la pobreza. Aceptar un equilibrio entre necesidades de seguimiento nacional e internacional.

5. Fomentar los bienes públicos globales y la coherencia política para la salud a favor de los pobres:
❒ Respaldar iniciativas internacionales para el desarrollo de bienes públicos globales (GPG) de salud tales como investigación sobre medicamentos asequibles y vacunas para las enfermedades de los pobres. Integrar el apoyo al GPG en todas las estrategias de desarrollo global.
❒ Fomentar la coherencia política, comercio y migración incluidos, para respaldar la salud a favor de los pobres. Hacer un seguimiento de la Declaración de Doha sobre el acuerdo ADPIC y la salud pública *(Doha Declaration on the TRIPS (Agreement and Public Health)* en cuanto al acceso económico a medicamentos y vacunas de primera necesidad en los países pobres.

Así mismo, en la 58ª Asamblea[33] de la OMS celebrada en mayo de 2005, se han establecido de nuevo *unas orientaciones estratégicas para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio*, en las que se corroboran las ya establecidas por el CAD y la UE en los últimos años. Se insiste en que las estrategias de salud deben estar firmemente consolidadas en las políticas públicas generales y que su aplicación debe tener por objeto reducir la pobreza, siendo necesario realizar un esfuerzo para promover la adopción de medidas colectivas en pro de la salud. Esto significa que se deben asignar más fondos a la salud en los presupuestos nacionales, que el nivel de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud ha de ser mayor y que se han de adoptar enfoques coherentes y eficaces para la asignación de la ayuda.

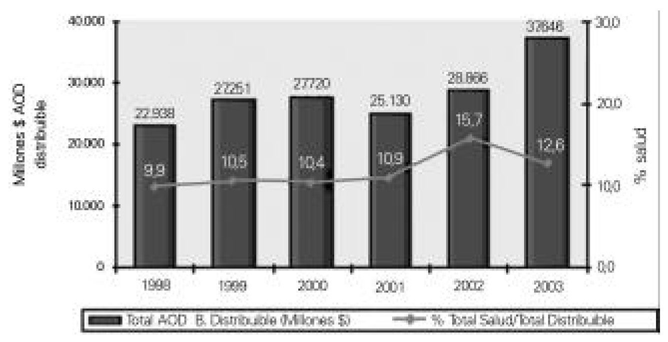
33. 58ª Asamblea Mundial de la Salud A58/5 Punto 13.2 del orden del día provisional 13 de mayo de 2005 Consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. // Las grandes líneas de la contribución de la OMS a la consecución de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas se presentaron a la 56ª Asamblea Mundial de la Salud y se consignaron en el Informe sobre la salud en el mundo 200311 Documento A56/11; Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

34. A efectos de obtener una mayor perspectiva histórica en este epígrafe se amplia el periodo referenciado en la introducción para todo el capítulo de 2000/2003 al de 1998/2003.

2 Evolución de la ayuda bilateral en salud

A lo largo de los últimos años del periodo analizado (1998 - 2003)[34] , la AOD bilateral en el sector salud sigue una tendencia creciente, habiéndose duplicado su volumen -que pasó de 2.252 millones de dólares[35] en 1998, a 4.357 en 2003. No obstante, el crecimiento producido en términos absolutos no se ve reflejado en un aumento de la cuota que representa el sector salud respecto al total de la ayuda bilateral distribuible[36] de los donantes (gráfico 2. 1). Si en 1998 dicha cuota era del 9,9%, en 2004 ha pasado a representar el 12,6%. De especial consideración es el incremento que se produce en 2002 (un año después de la publicación del *"Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud"* de la OMS) en el que se alcanza un máximo histórico para la AOD bilateral en salud, tanto en términos relativos como absolutos (12,6% y 4.525 millones de dólares respectivamente). Semejante respuesta de la comunidad internacional no se producía desde 1994 cuando, tras la publicación por parte del Banco Mundial del *"Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud"* (1993), se incrementó la ayuda en salud también en términos absolutos -1945 millones de dólares- y relativos - 8,5%. Coinciden de esta forma sendos hitos históricos con la publicación, un año antes, de dos informes sobre la política internacional en salud en la última década.

Gráfico 2. 1 **Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD B. distribuible bruta del CAD 1998 - 2003**



Fuente: CRS (CAD/OCDE)

35. Cifras a precios constantes de 2002.

36. A diferencia del análisis que se ha venido realizando en los informes anteriores, por primera vez y de ahora en adelante, el cálculo del porcentaje de la AOD bilateral en salud, se realiza sobre la base de la AOD bilateral distribuible y no sobre el total bilateral como se ha venido haciendo hasta ahora. El cambio obedece a la consideración de ser dicho porcentaje mucho más reprensentativo de la voluntad del donante al focalizarse sólo en la ayuda sectorial o distribuible (quedando excluidos del cómputo ámbitos como la reorganización de la deuda, la ayuda humanitaria o los gastos administrativos de la ONGD)

Ahora bien, a pesar del incremento sostenido de la ayuda destinada a salud en los últimos años, existe todavía un desajuste entre los recursos declarados necesarios para alcanzar los ODM en salud[37] y el esfuerzo realizado por la cooperación internacional. Dada la limitación de recursos, resulta conveniente establecer prioridades claras en los ámbitos de actuación de los donantes.

El subsector "salud sexual y reproductiva" es el único de los tres subsectores que conforman el sector salud que mantiene una tendencia creciente y que aumenta más del doble su asignación de recursos respecto al año anterior (gráfico 2. 2). La considerable importancia que adquiere este subsector se debe a su componente de "lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida", que pasa de representar el 8% del total de la ayuda sanitaria en 1998, al 31% en 2003. El resto de los componentes de este subsector, por el contrario, disminuyen, especialmente el de "planificación familiar", que pasa del 16% al 4%[38] . En el subsector "salud básica" también aumentan los recursos, aunque en menor medida, focalizando dicho aumento en los componentes de "atención sanitaria" y en "el control de las enfermedades infecciosas". El subsector "salud general" desciende significativamente y pasa del 31% al 19% del total de la ayuda sanitaria.

A la vista de los resultados, conviene llamar la atención sobre el peso que adquiere el componente de "lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida"[39] . No en vano, el incremento de la ayuda en salud de los últimos años es debido, fundamentalmente, al volumen de los recursos destinados a este componente. De tal forma que, si se descontara su volumen del cómputo total de la AOD sanitaria y se calcularan así las cuotas respecto al total de la ayuda distribuible, éstas pasarían del 8,2% en 1998 al 7,3% en 2003[40] (es decir, el resto de los componentes del sector han disminuido su peso relativo).

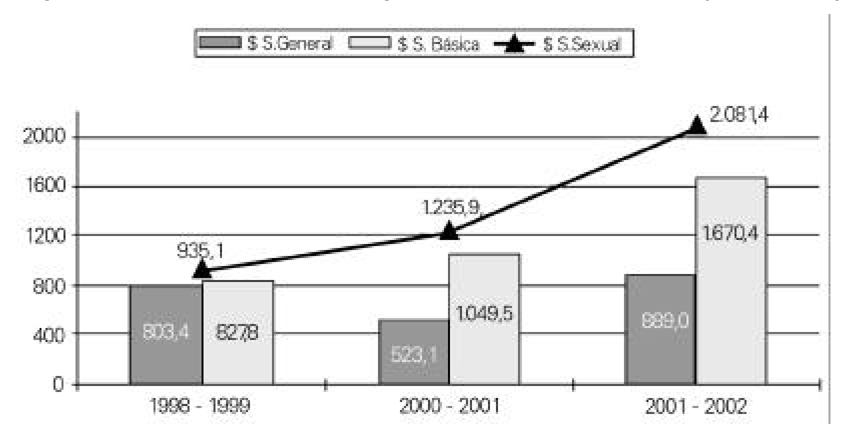
---

37. El nivel de ayuda internacional requerida para financiar los niveles adecuados de la salud en los países más pobres fueron estimados por la Comisión en Macroeconomía y Salud de la OMS (2001) en US$ 27.000 millones al año para 2007 *(22 mil aportados por los donantes en forma de subvenciones*, 3 mil para investigación y desarrollo tecnológico concentrados en las enfermedades de los más pobres, y 2 mil en bienes públicos globales y clásicos) Existiría también una ayuda adicional en forma de préstamos no concesionarios para los países de ingresos medios.

38. No extraña que el último Informe de Salud de la OMS en 2005 se haya dedicado a la atención reproductiva y la planificación familiar. Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡cada madre y cada niño contarán! Ginebra, OMS, 2005.

39. Un excelente análisis de su importancia en el peso del total de la AOD en la última década, se encuentra en el: Working Paper Nº. 244, 2005 (OECD Development Centre): Priorities in global assistance for health, AIDS and population (HAP).

Gráfico 2. 2 **Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los componentes de salud. Todos los países del CAD 1998 - 2003 (Millones $)**



Fuente: CRS (CAD/OCDE)

Este resultado es muy preocupante habida cuenta de que, prácticamente, todos los componentes de la salud incluidos en las necesidades sociales básicas han visto descender su peso relativo, con las excepciones de la "atención sanitaria", la "lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida" y el "control de enfermedades infecciosas". Una de las posibles razones del aumento de la ayuda hacia estos dos últimos componentes es que ambos tienen importantes externalidades, incluidas las "externalidades transfronterizas", lo que les otorga un papel estratégico en términos de seguridad internacional en materia de salud.

Si se analiza la evolución de la ayuda bilateral en salud respecto a la AOD bilateral distribuible se observa que la cooperación española presenta una tendencia opuesta a la media de la comunidad donante (CAD) (gráfico 2. 3). En 1998, España presentaba una cuota notablemente superior a la del resto de donantes (14%), hecho que se interrumpe en el año 2000, en que la cuota española

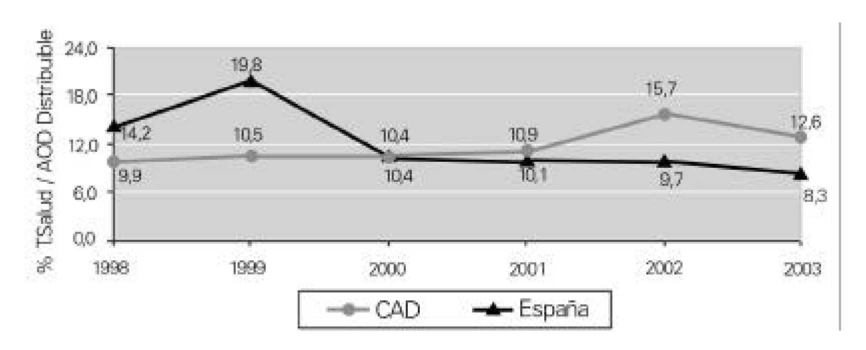
40. De tal forma que los porcentajes destinados a salud respecto a la ayuda bilateral distribuible son:

% de la AOD B. Distribuible	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Total AOD en Salud	9,9	10,5	10,4	10,9	15,7	12,6
Total Salud (excluido Sida)	8,2	8,6	7,3	7,1	9,7	7,3

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

coincide con la del CAD, con un 10, 4%. Se inicia, a partir de entonces, un ligero y mantenido descenso, que alcanza en 2003 el mínimo del periodo (8%). Como ya se señalara en informes anteriores, el descenso continuado de la ayuda en salud de España en los últimos años obedece a la reducción de la ayuda bilateral reembolsable en la composición de la ayuda bilateral en salud.

Gráfico 2. 3 **Evolución AOD bilateral en salud. CAD - España 1998 - 2003**

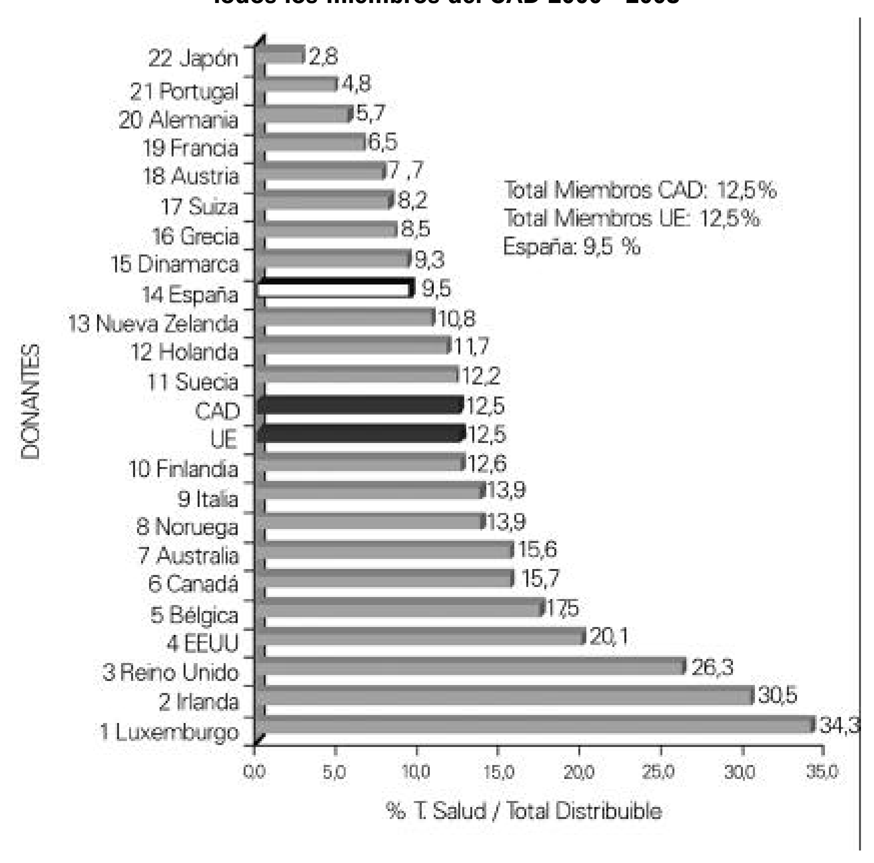


Fuente: CRS (CAD/OCDE)

Un análisis agregado de los tres últimos años para cada uno de los donantes, coloca a España en una situación comparativamente peor (gráfico 2. 4). La cuota que la ayuda en salud supone respecto al total de la ayuda distribuible es el 9,5%, tres puntos porcentuales por debajo de las medias del CAD y la UE, ambos con un 12,5%. Así, pues, España queda en el puesto decimocuarto del total de los veintidós donantes del CAD.

Dado que una parte de la AOD española corresponde a ayuda reembolsable, una modalidad prácticamente inexistente en el resto de los donantes, es interesante repetir el anterior análisis pero descontando de los montos el volumen correspondiente a estos fondos reembolsables. En este caso, España habría dedicado a salud un 6,4% de su AOD y le correspondería el puesto decimonoveno. Los donantes que encabezan la relación son: Luxemburgo (34%), Irlanda (30%) y Reino Unido (26%), que mantienen los primeros puestos de los años anteriores.

Gráfico 2. 4 **% AOD en salud sobre el total AOD B. Sectorial Bruta Todos los miembros del CAD 2000 - 2003**



Fuente: CRS (CAD/OCDE)

3. Composición de la ayuda en salud

El análisis de la distribución de la AOD bilateral en el sector de la salud entre los tres subsectores que lo componen (cuadro 2. 2), ofrece un panorama muy revelador de las distintas preferencias y sensibilidades de los donantes. En el periodo objeto de estudio 2000-2003, España concentra más de la mitad de su ayuda en el subsector "salud básica", por encima de las medias del CAD y la UE. Entre el resto de donantes, destaca en este subsector la cooperación francesa,

que le dedicó el 80% de su AOD sanitaria. El subsector "salud general" es el segundo que más fondos recibió de la ayuda española (un 36%). Además, es el único de los tres subsectores en el que se observa un comportamiento más cercano a la media de la UE (32%) aunque alejado de la del CAD (19%). Finalmente, el sector más desatendido por la cooperación española es "salud sexual y reproductiva" que, con el 10%, es en el que más se distancia España de la media de los donantes. Como ya ha sido señalado en anteriores informes, no parece existir ninguna justificación objetiva al reiterado olvido de la cooperación española hacia ese subsector.

Cuadro 2. 2 **Distribución AOD bilateral bruta en salud por componentes 2000-2003 (%)**

Subsectores	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Salud general	36,0	19,0	32,0	20,8	29,5	80,0
Salud básica	53,8	36,5	37,6	37,3	34,9	11,9
Salud reproduc.	10,2	44,5	30,4	41,9	35,6	8,1
Total Salud	100	100	100	100	100	100
T. Salud/ AOD Bil. Distribuible	9,5	12,5	12,5	26,3	12,2	6,5

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

El análisis de las prioridades en la adjudicación de recursos entre los diversos componentes de los tres subsectores sanitarios permite observar con más detalle hasta qué punto la cooperación española se aleja de las principales tendencias internacionales en la distribución de la ayuda en salud (cuadro 2. 3). El componente al que sistemáticamente se concede el mayor porcentaje de la ayuda española es "servicios médicos", incluido dentro del subsector salud general. A estos "servicios médicos" se concede el 30% de la AOD sanitaria española, frente al 5% del CAD o el 8% de la UE. Dentro de este mismo subsector, España otorga escasa importancia al componente "política sanitaria y gestión administrativa" de especial incidencia para el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos sanitarios. Por el contrario, este último componente supone un ámbito de actuación preferente para el resto de donantes, principalmente para los europeos y, en especial, para Francia que le destina más de la mitad de su ayuda en salud.

Cuadro 2. 3 **Distribución AOD bilateral bruta en salud CRS[41] 2000-2003 (%)**

Sectores Salud // Subsectores CRS	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
SALUD GENERAL		0,7	1,6			14,6
12110 Política Sanitaria. y Gestión Admtr.	4,6	10,9	20,2	17,9	23,2	57,0
12181 Enseñanza y Formación médica	1,2	1,3	1,4	0,1	0,0	2,3
12182 Investigación médica	0,6	0,7	1,2	1,7	0,0	1,3
12191 Servicios Médicos	29,7	5,4	7,6	1,0	6,2	4,8
Total Salud General	36,0	19,0	32,0	20,8	29,5	80,0
SALUD BÁSICA						
12220 Atención Sanitaria	14,9	16,2	17,0	16,4	30,7	5,0
12230 Infraestructura Básica	25,2	3,5	4,2	1,1	0,4	1,0
12240 Nutrición Básica	3,5	2,3	1,7	0,2	1,2	0,0
12250 Control de Enfermed. Infecc.	5,0	12,9	11,9	17,8	0,2	4,5
12261 Educación Sanitaria	2,7	1,0	1,5	1,7	1,1	0,4
12281 Formación de personal sanitario	2,6	0,6	1,2	0,1	1,3	1,0
Total Salud Básica	53,8	36,5	37,6	37,3	34,9	11,9
SALUD S. Y REPRODUCTIVA						
13010 Política sb población y Gestión Ad.	0,1	6,5	0,6	0,3	1,4	0,0
13020 Atención en Salud Reproductiva	5,1	6,1	8,0	14,0	5,8	0,5
13030 Planificación familiar	0,1	7,7	3,9	4,9	0,0	0,0
13040 Lucha contra ETS, incluido VIH/sida	4,8	24,3	17,9	22,7	28,3	7,6
13081 Formación para población y S. Reprd.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Salud Reproductiva	10,2	44,5	30,4	41,9	35,6	8,1
Total Salud	100	100	100	100	100	100
T. Salud/ AOD Bil. Sectorial	9,5	12,5	12,5	26,3	12,2	6,5

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

El segundo componente priorizado por la cooperación española se encuentra dentro del subsector salud básica y corresponde a "infraestructura básica", al que dirige más del 25% de su ayuda, muy por encima de lo destinando por la gran mayoría de donantes. El tercer componente en importancia de recursos asignados

41. Según la división y nomenclatura del Creditor Reporting System del CAD.

es la "atención sanitaria" que, con el 15% está ligeramente por debajo de lo dedicado por el CAD y la UE. Por otra parte, dentro de este mismo subsector "salud básica" , España presta mayor atención que la media de donantes a los componentes de "nutrición básica", "educación sanitaria" y "formación del personal sanitario".

Por último, dentro del subsector salud sexual y reproductiva, se encuentran los siguientes componentes priorizados: la "lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/sida" fue el cuarto componente al que mayor peso concedió la cooperación sanitaria española, con el 5%. Este componente, como ya se ha analizado, es el más atendido por el conjunto de los donantes en los últimos años; y en quinto lugar está la "atención en salud sexual y reproductiva". En este subsector "salud sexual y reproductiva" están, además, los componentes más descuidados de la cooperación española, "formación", "planificación" y "desarrollo de políticas sobre población".

4. La salud en las necesidades sociales básicas

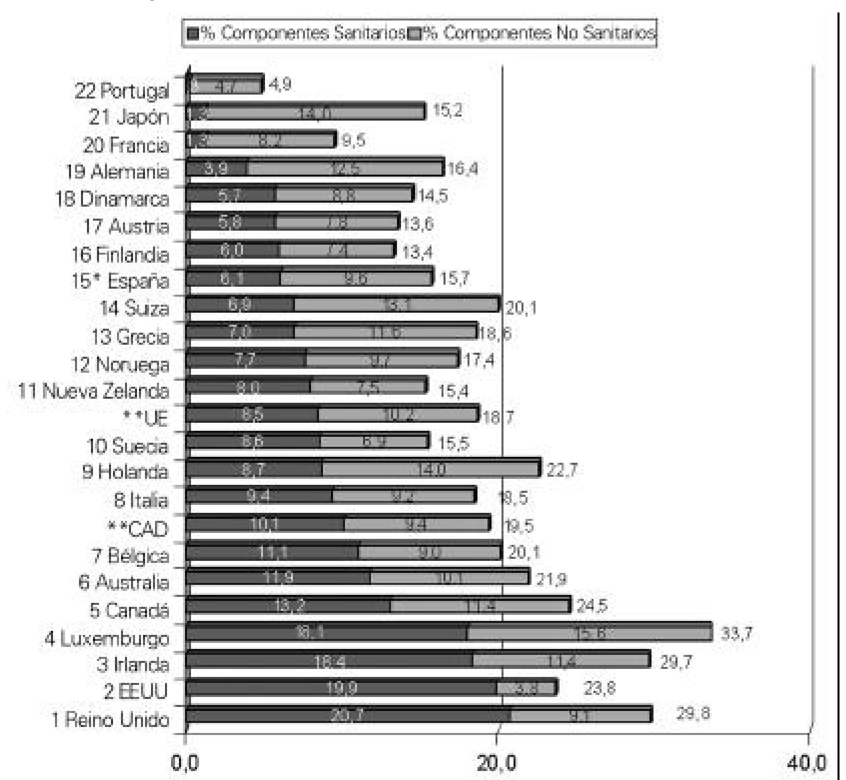
Dentro del estudio de la composición de la ayuda sanitaria, es de especial consideración el análisis de la ayuda destinada a financiar las necesidades sociales básicas, por ser ésta la más vinculada a las necesidades de los sectores más pobres. Debido a su importancia, en la Cumbre Social de Copenhague se firmó un acuerdo internacional por el cual los donantes se comprometían a asignar a las necesidades sociales básicas el 20% de la ayuda distribuible Conviene, por tanto, dentro de las necesidades sociales básicas, valorar el peso que se otorga al ámbito sanitario, conformado por los subsectores "salud básica" y "salud sexual y reproductiva". Debe precisarse, no obstante, que el componente sanitario en el concepto de necesidades sociales básicas excede a estos dos subsectores. Dentro de la ayuda destinada al subsector "sistemas de agua y saneamiento" existe, también, una parte vinculada estrechamente a la salud. Sin embargo, la imposibilidad de desagregar ese componente limita el análisis de la ayuda sanitaria a los dos subsectores antes señalados.

De esta forma, y para el periodo analizado (gráfico 2. 5), de los veintidós donantes del CAD sólo nueve[42] cumplen con la recomendación de la Cumbre de Copenhague. En siete de ellos, además, el sector salud tiene mayor peso que los

42. Luxemburgo (33,7%), Reino Unido (29,8%), Irlanda (29,7%), Canadá (24,5%), EEUU (23,8%), Holanda (22,7%), Australia (21,9%), Bélgica (20,1%) y Suiza (20,1%). España ocupa en este caso, la posición decimocuarta, con un 15,7%, (siendo la media del CAD del 19,5% y de la UE del 18,7%).

sectores no sanitarios. Los países que mayor volumen de ayuda destinan a los sectores sociales básicos sanitarios son Reino Unido (21%), EEUU (20%), Irlanda (18%) y Luxemburgo (18%), que prácticamente duplican la media para el conjunto del CAD (10%) y la UE (8%). En el caso de España, esta cuota es del 6% lo que le sitúa en la posición decimoquinta. Si, como se hizo anteriormente, se elimina el volumen asignado como ayuda reembolsable (prácticamente inexistente en la mayoría de donantes)[43] , la cuota desciende al 5%, pasando a ocupar España el puesto decimonoveno del total de los veintidós países del CAD.

Gráfico 2. 5 **Distribución del peso de los componentes (sanitarios y no sanitarios) del % destinado a las necesidades sociales básicas 2000-2003**



Fuente: CRS (CAD/OCDE)

43. De hecho, sólo seis países de los veintidós han destinado algún porcentaje del total de su ayuda en salud en las necesidades sociales básicas de forma reembolsable. Y, salvo en el caso de Austria, haciéndolo además en cantidades absolutamente marginales: Reino Unido (0,6%), Francia (2,3%), Japón (3,6%), Alemania (4,2%), España (16,8%) y Austria (58,5%). Siendo la media del CAD, del 0,9% y la de la UE, de 2,2%.

Un análisis más pormenorizado de la distribución de la ayuda entre los diversos componentes de las necesidades sociales básicas revela que en los componentes de salud se manifiesta una mayor divergencia de la actuación española respecto a la media de los donantes. Si para España, la mayor concentración de la ayuda se dirige a "infraestructura básica", para el CAD y la UE el principal foco de atención es la "lucha contra las ETS, incluido VIH/sida". En cuanto al resto de los componentes sanitarios, España sólo coincide con la comunidad internacional en situar la "atención sanitaria" como la segunda de sus prioridades y en la baja atención prestada a "formación para la población".

De la visión global del total de los componentes de las necesidades sociales básicas se concluye que, para la media de los donantes del CAD, la ayuda se distribuye prácticamente a partes iguales entre los componentes sanitarios y no sanitarios (52% y 48% respectivamente). Por el contrario, España, al igual que Francia, prioriza la ayuda hacia los sectores no sanitarios[44] . Dos son las razones principales que explican este hecho en el caso español. Por una parte, el peso que supone la ayuda reembolsable en el sector "abastecimiento y agua", en el que se concentran más de tres cuartas partes del volumen de este instrumento en necesidades sociales básicas (correspondiendo un 56% a "sistemas grandes" y 22% a "suministro agua básica y saneamiento básico"). Y, por otra, la mayor cuota que España otorga a la "ayuda multisectorial", por encima de la media del resto de los donantes.

44. Si se considera sólo la ayuda no reembolsable para España (cuadro 2. 4), los porcentajes se igualan prácticamente (45% y 55%). En el caso del CAD, si también se excluye la ayuda reembolsable, eso porcentajes serían del 62% para los sanitarios y del 38% para los no sanitarios, (51% y 49% para la UE, respectivamente).

Cuadro 2. 4 **Distribución del peso de los componentes en necesidades sociales básicas 2000-2003 (%)**

Salud en NSB	España		CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Salud Básica	Ree +No Reemb	No Reemb					
12220 Atención Sanitaria	9,0	12,7	10,4	11,4	14,4	24,1	3,5
12230 Infraestructura Básica	15,3	12,3	2,2	2,8	0,9	0,3	0,7
12240 Nutrición Básica	2,1	2,9	1,4	1,1	0,2	1	0
12250 Control de Enfermed. Infecc.	3,0	4,2	8,2	8	15,6	0,1	3,1
12261 Educación Sanitaria	1,6	2,3	0,6	1	1,5	0,9	0,3
12281 Formación de personal sanitario	1,6	2,2	0,4	0,8	0,1	1	0,7
Total S. Básica	32,6	36,7	23,4	25,2	32,8	27,5	8,2
Salud Sexual y Reproductiva							
13010 Política sb población y Gestión Ad.	0,1	0,1	4,2	0,4	0,3	1,1	0
13020 Atención en Salud Reproductiva	3,1	4,4	3,9	5,4	12,3	4,6	0,3
13030 Planificación familiar	0,0	0,1	4,9	2,6	4,3	X	X
13040 Lucha contra ETS, incluido VIH/sida)	2,9	4,1	15,5	12	19,9	22,3	5,3
13081 Formación para población y S. Reprd	0,1	0,1	0	0	X	X	0
Total S. Sexual y Reproductiva	6,2	8,7	28,5	20,4	36,8	28	5,6
Total Salud	38,8	45,4	51,9	45,6	69,6	55,5	13,9
Otros comp. en NSB (No sanitarios)							
Abastecimiento y Agua							
14020 Abastecimiento y Depuración Agua Sist. Grandes	18,5	3,4	24,5	19,7	8,3	9,6	54,9
14030 Suministro Agua Básico y Saneamiento Básico	13,8	10,4	4,5	9,3	1,9	8,8	11,4
Total Abastecimiento y Agua	32,2	13,8	29,0	29,1	10,2	18,4	66,3
Educación							
11220 Educación Primaria	9,5	13,3	13,6	18,1	19,2	24,6	15,4
11230 Capacitación Básica (jóvenes y adultos)	5,2	7,4	2,6	2,5	0,9	1,2	0,6
11240 Educación Primaria Básica	0,8	1,2	0,2	0,4	0	X	0,3
Total Educación	15,5	21,9	16,4	21	20,2	25,8	16,4
Multisectorial							
16050 Total Multisectorial	13,5	19,0	2,7	4,3	0,1	0,3	3,5
Total Otros	61,2	54,6	48,1	54,4	30,4	44,5	86,1
Total N.B.S.	100	100	100	100	100	100	100
% de la Ayuda en N B Sociales (Reem+No Reem)	15,7	11,2	19,5	18,7	29,8	15,8	9,5
% de la Ayuda en N B Sociales (Sólo No Reem)	11,2	11,2	16,1	16,4	29,7	15,5	4,7
% de la Ayuda en N B S en salud (Reem.+ No Reem)	6,1	5,1	10,1	8,5	20,7	8,6	1,3
% de la Ayuda en N B S en salud (Sólo No Reem)	5,1	5,1	10	8,3	20,6	8,6	1,3

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

5. Distribución geográfica de la ayuda

Forma parte de las recomendaciones internacionales el dedicar una atención preferente en materia de salud a los países menos adelantados (PMA). En el año 2001, el Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, establece la estrategia para reducir la carga de morbilidad al nivel de los ODM, volviendo a insistir en lo que debiera ser la orientación de la ayuda en salud: *"…la mayor parte de lo aportado por los donantes se destinaría a los países menos desarrollados, que son los más necesitados de subvenciones para ampliar la cobertura de los servicios de salud."* Procede, por lo tanto, un análisis de cuál ha sido la orientación geográfica de los donantes en el ámbito de la salud.

España destina a los PMA un 23% de su AOD en el sector salud, lo que supone la cuota más baja de todas en relación al resto de donantes. Tanto el CAD como la UE, además de Suecia y Francia, destinan el mayor volumen de su ayuda a esta categoría de países. De hecho, es la ayuda destinada al grupo de países de rentas bajas la que concentra sus recursos muy por encima del grupo de países de rentas medias (74% y 26% el CAD, y 83% y 18%, UE, respectivamente). España, que prácticamente destina los mismos recursos a ambos grupos, es la que presenta la mayor cuota para los países de rentas medias (un 48%).

Existen también diferencias en la distribución sectorial de la ayuda dentro de cada grupo de países. Para el CAD y la UE, así como para Suecia y Reino Unido, el subsector "salud general" es el de mayor peso en los países de rentas medias-altas. Por el contrario, los subsectores "salud básica" y "salud sexual y reproductiva" son de mayor importancia en el grupo de los países de rentas bajas. Semejante distribución explica que sean los componentes sanitarios de las necesidades básicas los que se prioricen en el grupo de los países de rentas bajas y, por el contrario, los no sanitarios en el grupo de los países de rentas medias. España, menos definida en sus preferencias sectoriales según el nivel de renta, prioriza por igual el subsector básico en todos los grupos de países.

Cuadro 2. 5 **Distribución según nivel de renta: AOD bilateral bruta en salud 2000-2003 (%)**

Nivel de Renta	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Paises Menos Adelantados	22,6	40,0	41,2	25,1	59,3	52,9
P.Rentas bajas	29,9	34,0	41,1	64,4	27,2	16,6
P.Renta baja	52,5	74,1	82,3	89,5	86,4	69,5
P.Renta Media-Baja	42,5	23,5	15,2	9,4	12,3	19,2
P.Renta Media-Alta	5,0	2,4	2,6	1,1	1,2	11,3
P.Rentas Medias	47,6	25,9	17,9	10,5	13,6	30,5
Total Salud[45]	100	100	100	100	100	100

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

En correspondencia con el análisis anterior, África subsahariana fue la región a la que se otorgó mayor atención por parte de todos los donantes analizados, correspondiendo la media del CAD al 48% de los fondos dirigidos a esta región y el 55% para la UE. La única excepción es el caso español. El resto de regiones priorizadas por la comunidad internacional corresponden al continente asiático: centro y sur de Asia, seguido de Extremo Oriente. España, por su parte, concentra su ayuda sanitaria en tres regiones. En primer lugar Latinoamérica (33%), la región tradicionalmente más priorizada por la cooperación española, cuya cuota reparte prácticamente por igual entre el norte y Centroamérica, por un lado, y Sudamérica por otro. Le sigue África subsahariana con el 25% que, a pesar de ser la segunda en cuota asignada, presenta notables diferencias cuantitativas y cualitativas con la media de la comunidad donante: por una parte, se le asigna únicamente la mitad de la cuota y, por otra, el subsector al que menores recursos se destinan es el de "salud sexual y reproductiva", justamente el más atentido por el resto de donantes. Por último, Extremo Oriente aparece como la tercera región que mayores recursos recibió, correspondiéndole el 27% del total de la ayuda. No es una región considerada específicamente como preferente por la cooperación española y su cuota se debe al considerable peso de la ayuda reembolsable en la región.

45. Nótese en el cuadro 2.5, que para el cálculo de la ayuda no se ha contabilizado el volumen de la ayuda no especificada según los niveles de renta. El volumen destinado a la misma supone tal porcentaje y tan variado entre los donantes considerados (5% España, 32% CAD, 23% UE, 27% RU, 35% Suecia, 31% Francia) que, su inclusión hubiera impedido una correcta comparación de la ayuda. Por ello, los cálculos se han realizado sobre el total de la ayuda menos el volumen no especificado.

Cuadro 2. 6 **Distribución regional: AOD bilateral bruta en salud 2000-2003 (%)**

Regiones	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Norte de África	6,3	2,8	1,4	0,0	0,4	5,5
África Subsahariana	25,2	48,1	54,5	50,9	60,0	64,2
Total África	31,6	50,9	55,9	50,9	60,4	69,7
Norte y Centro América	16,9	6,6	3,9	0,8	13,5	4,8
Sur de América	15,6	5,0	4,5	1,7	1,2	11,3
Total América	32,5	11,6	8,5	2,5	14,7	16,1
Extremo Oriente	27,1	12,1	11,6	8,4	7,6	9,4
Centro y Sur Asia	3,6	17,7	20,2	37,1	9,4	1,0
Medio Oriente	3,2	3,2	1,7	0,3	2,9	1,3
Total Asia	34,0	33,0	33,5	45,8	19,9	11,8
Oceanía	0,0	2,5	0,2	0,3	0,0	0,6
Europa	1,9	2,0	2,0	0,6	4,9	1,9
Total Salud[46]	100	100	100	100	100	100

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

La relación de los diez principales receptores de la ayuda en salud confirma las valoraciones anteriores, revelando el peso determinante de la ayuda reembolsable española. Encabeza la lista Indonesia (Extremo Oriente) país no considerado prioritario y al que, sin embargo, se canaliza el mayor volumen de ayuda en salud, correspondiendo el 97% a créditos FAD. Los otros nueve países de la lista están entre los países considerados prioritarios para la cooperación española. Tres de ellos pertenecen a Extremo Oriente y presentan un considerable peso de la ayuda reembolsable, siendo las cuotas en este instrumento del 98% para China, 51% para Filipinas y 77% para Vietnam. En lo que respecta a los otros seis, también sorprende la asignación realizada de la ayuda. Así, mientras que

46. Nótese en el cuadro 2.6, que para el cálculo de la ayuda no se ha contabilizado el volumen de la ayuda regional no especificada. El volumen destinado a la misma supone tal porcentaje y tan variado entre los donantes considerados (3% España, 28% CAD, 21% UE, 26% RU, 28% Suecia, 28% Francia) que, su inclusión hubiera impedido una correcta comparación regional de la ayuda. Por ello, los cálculos se han realizado sobre el total de la ayuda menos el volumen no especificado.

para Senegal -país de renta baja- y para Mozambique -único de los diez que es un PMA- parte de la ayuda se canaliza con créditos FAD (88% y 12% respectivamente), para otros países como Perú, Cuba y Marruecos -todos ellos rentas medias- la ayuda es asignada en su totalidad de forma no reembolsable. Como contraste, se observa que el CAD y la UE, así como el resto de los donantes, priorizan en gran medida los países del continente africano a la hora de asignar sus ayudas, y lo hacen exclusivamente con fondos no reembolsables. (cuadro 2. 7)

Cuadro 2. 7 **Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000-2003 (% sobre el total AOD en salud)**

España		CAD		UE		R. Unido		Suecia		Francia	
Indonesia	8,3	India	4,7	India	7,6	India	15,8	Uganda	17,4	Senegal	9,3
China	7,7	Nigeria	3,2	Nigeria	4,0	Nigeria	9,6	Zambia	9,3	Mali	4,0
Bolivia	6,9	Mozambique	2,6	Zambia	3,7	Pakistán	6,1	Vietnam	4,5	Brasil	3,6
Filipinas	6,7	Zambia	2,6	Ghana	3,6	Kenya	4,9	Tanzania	3,5	Madagascar	3,0
Mozambique	5,5	Kenia	2,4	Mozambique	3,4	Ghana	4,5	Nicaragua	2,9	Costa de Marfil	3,0
Marruecos	4,3	Tanzania	2,4	Uganda	3,3	Sur África	4,0	Honduras	2,5	Chad	2,9
Vietnam	3,6	Uganda	2,3	Kenia	3,2	Mozambique	3,4	India	2,4	Camerún	2,7
Senegal	3,6	Ghana	2,0	China	3,1	China	3,0	Kenia	2,3	B. Faso	2,6
Perú	3,5	China	2,0	Pakistán	2,6	Zambia	2,7	Guatemala	2,0	Togo	1,8
Cuba	3,2	Indonesia	1,9	Tanzania	2,6	Nepal	2,3	Angola	1,9	Túnez	1,8

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

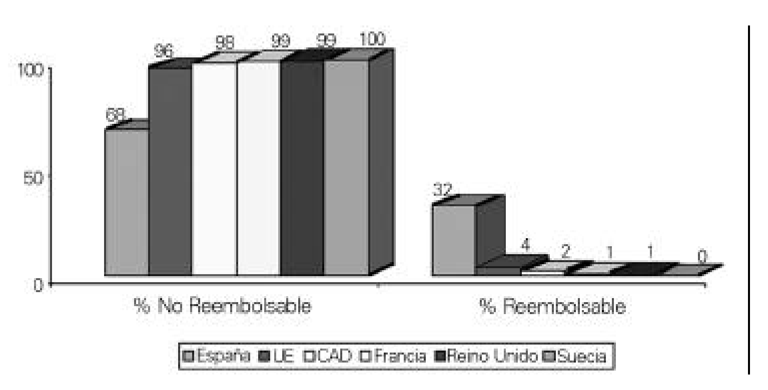
6. Instrumentación de la ayuda

El peso que adquiere la ayuda reembolsable en la ayuda en salud constituye un rasgo distintivo de la cooperación española. En el periodo analizado 2000-2003, del total de los veintidós donantes del CAD, sólo ocho canalizan parte de su ayuda de forma reembolsable en el ámbito de la salud. España, con una cuota del 32%[47] , es el segundo país que mayores fondos de AOD sanitaria canaliza

47. Este porcentaje del 32,5% es el que se obtiene de los datos suministrados por el CRS (CAD/OCDE). Sin embargo, y como ya se señaló en el informe del año anterior, pueden darse algunos errores en el volcado de los datos, que hacen que las cantidades no coincidan con los suministrados por la SGPEPD. De tal forma, si se atiende a los datos facilitados por base estadística española, el porcentaje correspondiente al periodo 2000-2003, es del 40,5% de ayuda reembolsable sobre el total de la ayuda en salud. No obstante, tal como ocurriera en el informe anterior, los datos tenidos en cuenta en este capítulo son los suministrados por la base estadística del CAD.

en forma reembolsable, sólo superada por Austria, cuya cuota asciende al 44%[48]. Ambos se sitúan muy alejados de los valores del CAD (2%) y de la UE (4%) (Gráfico 2. 6). No obstante, y como ya se observaba en informes anteriores, debe señalarse el descenso en la utilización de los créditos FAD en el sector salud en los últimos años. Este descenso, sin embargo, no está siendo compensado por un aumento de la ayuda no reembolsable.

Gráfico 2. 6 **Distribución AOD bilateral bruta en salud según instrumento 2000-2003**



Fuente: CRS (CAD/OCDE)

El análisis desagregado de los diferentes componentes del sector salud permite analizar en cuáles de ellos la ayuda se canaliza a través de fondos reembolsables. En el caso español, este tipo de ayuda se concentra en tres apartados. Dos de ellos pertenecientes al subsector "salud general": "servicios médicos" y, en menor cuantía, "política sanitaria y gestión administrativa". Ambos concentran casi la totalidad de la ayuda reembolsable española, lo que supone una cuota del 60% sobre la total bilateral de este subsector (cuadro 2. 8). El tercer componente al que se destina esta modalidad de la ayuda es "infraestructura básica" incluído dentro del subsector "salud básica". En el resto de los donantes analizados dichas cuotas son marginales o, como en Suecia, inexistentes.

Existe también un alto nivel de vinculación de la cooperación española en salud. Como se recuerda en anteriores informes, el recurso a la ayuda ligada puede invertir la lógica de la ayuda, al sobreponer el interés del donante a las necesidades

48. Le siguen en esa relación, Italia (12%), Alemania (11%), Japón (2%), Francia (1%), Reino Unido (1%), Canadá (0,1%) y finalmente Bélgica (0,01%).

Cuadro 2. 8 **Instrumentación de la AOD bilateral bruta en salud según componentes 2000-2003**

	% No Reembolsable						% Reembolsable					
Donantes	España	CAD	UE	R. U	Suecia	Francia	España	CAD	UE	R. U	Suecia	Francia
Sector												
S. General	39,6	94,6	92,3	99,4	100,0	99,7	60,4	5,4	7,7	0,6	0,0	0,3
S. Básica	80,1	98,2	96,3	98,7	100,0	96,2	19,9	1,8	3,7	1,3	0,0	3,8
S. Sexual	100,0	99,9	99,7	100,0	100,0	100,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0
Total Salud	67,5	98,3	96,0	99,4	100,0	99,3	32,5	1,7	4,0	0,6	0,0	0,7

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

del receptor, al tiempo que constituye un instrumento generador de deuda para quien lo recibe. Estas razones, entre otras, son las que animan a algunos donantes a sugerir la progresiva eliminación de este instrumento. De hecho, para el caso de la cooperación con los PMA, esa decisión ha sido ya adoptada en el seno del CAD. En el caso español, el grado de vinculación de la ayuda reembolsable está aumentando paralelamente al descenso de su volumen, justamente lo contrario al comportamiento del resto de donantes. Ello supone que, para el periodo analizado y de forma agregada, el porcentaje español (93%)[49] se encuentra a mayor distancia de la media del CAD (72%) y de la UE (76%) que en años anteriores. El grado de vinculación oscila ligeramente según el subsector financiado, aumentando en el subsector "salud general" (84% CAD y UE, 95% España) y disminuyendo en "salud básica" (59% CAD, 67% UE, 91% España).

Si se analiza la proporción de ayuda reembolsable entre los fondos destinados a las necesidades sociales básicas, se observa que la cooperación española más se distancia del resto de donantes en el componente sanitario (17% frente al 1% CAD y 2% UE). (cuadro 2. 9). En el resto de los componentes no sanitarios, la ayuda reembolsable se concentra en el subsector "abastecimiento y agua", con similar cuota (37%) respecto a la media del CAD (36%) y a mayor distancia de la europea (20%). De esta forma, el peso final de la ayuda reembolsable en el total de las necesidades sociales básicas es del 29% para la cooperación española, frente al 17% del CAD y el 12% de la UE.

49. En el año 2003, según datos de la base estadística española, el grado de vinculación de la ayuda reembolsable en salud alcanza el 100%.

Cuadro 2. 9 **Instrumentación de las necesidades sociales básicas 2000-2003 (%)**

	% No Reembolsable						% Reembolsable					
	España	CAD	UE	R. U	Suecia	Francia	España	CAD	UE	R. U	Suecia	Francia
Sectores NBS												
Salud en NBS												
Total S. Básica	80,1	98,2	96,3	98,7	100	96,2	19,9	1,8	3,7	1,3	0	3,8
Total S. Reprod.	100	99,9	99,7	100	100	100	0	0,1	0,3	0	0	0
Total Salud	83,2	99,1	97,8	99,4	100	97,7	16,8	0,9	2,2	0,6	0	2,3
Otros NBS												
Total Abast/Agua	30,5	41,9	62,6	100	100	28,7	69,5	58,1	37,4	0	0	71,3
Total Educación	100	99,8	99,7	100	100	98,8	0	0,2	0,3	0	0	1,2
Total Multisect	100	97	95,2	100	100	23,3	0	3	4,8	0	0	76,7
Total Otros	63,4	64,8	79,5	100	100	41,8	36,6	35,2	20,5	0	0	58,2
Total N.B.S.	71,1	82,6	87,9	99,6	100	49,5	28,9	17,4	12,1	0,4	0	50,5

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

El destino de la ayuda reembolsable *según el nivel de renta del país receptor* resulta también poco coherente con cualquier lógica de la ayuda, así como con sus prioridades estratégicas. España dirige, en el periodo analizado y en términos absolutos, casi tres cuartos del volumen de su ayuda reembolsable en salud hacia el grupo de países de rentas bajas, incluidos PMA. Esto supone unas cuotas de ayuda reembolsable sobre el total bilateral del 70% en los países de renta baja y del 18% en los PMA, considerablemente distanciadas de las otorgadas por el CAD y la UE (cuadro 2. 10). En el grupo de países de rentas medias, se asigna una mayor cuota de ayuda reembolsable a los de renta media-baja (20%) frente al 17% en los de renta media-alta. La distribución sectorial revela de nuevo lo inadecuado de esta instrumentación de la ayuda, ya que hace más elevado el peso de la reembolsable en los sectores más próximos a las necesidades de los más pobres. En concreto, en el subsector "salud general" un 68% de la ayuda bilateral se destina de forma reembolsable a los PMA frente al 48% en los de renta media-alta. Y en el subsector "salud básica", en los países de renta baja la cuota asciende al 82% frente al 13% de los países de renta media-baja.

Cuadro 2. 10 **Instrumentación de la AOD bilateral bruta en salud según nivel de renta del país receptor 2000-2003**

	% No Reembolsable						% Reembolsable					
	España	CAD	UE	R. U	Suecia	Francia	España	CAD	UE	R. U	Suecia	Francia
Países según renta												
P.Menos Adelant.	82,2	99,7	99,4	100,0	100,0	100,0	17,8	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0
P.Renta Baja	29,9	95,2	91,6	100,0	100,0	94,9	70,1	4,8	8,4	0,0	0,0	5,1
P.Renta Media-Baja	80,4	97,8	94,5	91,3	100,0	100,0	19,6	2,2	5,5	8,7	0,0	0,0
P.Renta Media-Alta	83,2	89,1	78,8	100,0	100,0	99,0	16,8	10,9	21,2	0,0	0,0	1,0
P.No especf	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Salud	67,5	98,3	96,0	99,4	100,0	99,3	32,5	1,7	4,0	0,6	0,0	0,7

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

La distribución regional de la ayuda reembolsable confirma la autonomía en la asignación de este instrumento de la ayuda, que no se somete fácilmente a la definición de prioridades regionales que establece la cooperación española[50]. Así, las mayores cuotas de este instrumento se presentan en dos de las tres regiones asiáticas: Extremo Oriente (83%) y el centro y sur de Asia (42%). Al tiempo, se otorga una cuota considerablemente menor a Oriente Medio que, dentro de la región, es la única de las tres considerada de actuación preferente. Una elevada cuota de créditos FAD se asigna a África subsahariana (22%), a la que el resto de donantes destina prácticamente la totalidad de su ayuda en forma de donaciones. Por último, similares cuotas presentan Latinoamérica y Oriente Medio (19% y 17% respectivamente).

Finalmente, el análisis comparado de los *principales países receptores de la ayuda reembolsable* evidencia de manera precisa el peso que los créditos FAD tienen en la cooperación con algunos países (cuadro 2. 12). Así, respecto a los tres primeros receptores del CAD y la UE, gran parte del volumen de ayuda reembolsable que recibieron esos países provenía de España: China (33%), Indonesia (66%) y Vietnam (34%). Para otros países, España fue el único donante de fondos reembolsables, como en los casos de Filipinas, Senegal, Bolivia, Kenia y Uzbekistán. Por otra parte, debe señalarse que, de los doce países en los que

50. La Ley de Cooperación, en su artículo 6, establece las áreas geográficas de actuación preferente de la cooperación española: "los países iberoamericanos, los países árabes del norte de África y de Oriente Medio, así como aquellos otros con los que España mantenga especiales vínculos de carácter histórico o cultural".

Cuadro 2. 11 **Instrumentación regional de la AOD bilateral bruta en salud 2000-2003 (%)**

	% No Reembolsable			% Reembolsable		
Donantes	España	CAD	UE	España	CAD	UE
Regiones						
África - Norte Sáhara-	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
África - Sur Sáhara -	78,2	99,1	98,2	21,8	0,9	1,8
Norte y Centro América	95,1	99,2	97,1	4,9	0,8	2,9
Sur de América	83,7	94,2	85,7	16,3	5,8	14,3
Extremo Oriente	17,3	88,8	74,1	82,7	11,2	25,9
Centro y Sur Asia	57,8	98,8	98,9	42,2	1,2	1,1
Oriente Medio	83,5	99,5	98,0	16,6	0,5	2,0
Oceanía	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Europa	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Regiones Sin Especificar	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Total Regional	67,5	98,3	96,0	32,5	1,7	4,0

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

Cuadro 2. 12 **Principales receptores de AOD bilateral bruta reembolsable en salud 2000-2003 (Millones $)**

España[51]		CAD		UE	
Indonesia	25,8	China	71,1	China	70,4
China	24,1	Indonesia	38,5	Indonesia	38,5
Filipinas	11,0	Vietnam	25,4	Vietnam	25,4
Senegal	10,1	Argentina	23,6	Argentina	23,6
Vietnam	8,8	Ghana	19,4	Ghana	19,4
Bolivia	7,9	Sri Lanka	12,4	Sur África	11,5
Kenia	4,9	Sur África	11,5	Filipinas	11,0
Uzbekistán	4,8	Filipinas	11,0	Senegal	10,1
Panamá	2,6	Senegal	10,1	Bolivia	7,9
Mozambique	2,1	Bolivia	7,9	Kenia	4,9
Palestina	1,2	Kenia	4,9	Uzbekistán	4,8
Jordania	0,5	Uzbekistán	4,8	Rp. Kyrgyz	4,7

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

España reparte la totalidad de su ayuda reembolsable, son los pertenecientes a rentas bajas (Indonesia, China, Senegal, Vietnam, Kenia) los que mayores cuotas de ayuda reembolsable reciben del total de la ayuda en salud, exceptuando Mozambique. Por el contrario, los países de rentas medias reciben mayores cuotas de ayuda no reembolsable (Filipinas, Bolivia, Palestina y Jordania, excepto Uzbekistán -100% en FAD-).

La relación de los principales países receptores de ayuda no reembolsable confirma y enfatiza la apreciación anterior. De los diez países que se señalan (cuadro 2. 13), siete de ellos pertenecen a la categoría de rentas medias. De éstos, cinco reciben la ayuda exclusivamente de forma no reembolsable (Perú, Cuba, Guinea Ecuatorial, Guatemala y República Dominicana). Por otra parte, la asignación preferente hacia los países de rentas medias de la cooperación española contrasta también con la actuación del resto de donantes. No en vano, la práctica totalidad de los países a los que el CAD y la UE han destinado el mayor volumen de ayuda no reembolsable son del grupo de países de rentas bajas, cinco de ellos PMA, y casi todos pertenecientes a África Subhariana.

Cuadro 2. 13 **Principales receptores de AOD bilateral bruta no reembolsable en salud 2000-2003 (Millones $)**

España		CAD		UE	
Mozambique	15,3	India	702,6	India	466,7
Bolivia	14,0	Nigeria	477,9	Nigeria	245,4
Marruecos	13,9	Mozambique	382,1	Zambia	224,7
Perú	11,1	Zambia	382,0	Mozambique	207,4
Filipinas	10,3	Tanzania	351,3	Uganda	202,7
Cuba	10,2	Kenia	347,0	Ghana	198,7
G. Ecuatorial	9,5	Uganda	336,3	Kenia	190,6
Nicaragua	8,3	Ghana	281,8	Pakistán	161,4
Guatemala	7,8	Bangladesh	273,2	Tanzania	159,2
R. Dominicana	6,4	Sudáfrica	248,2	Sudáfrica	140,3

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

51. En el caso de España, están incluidos todos los países a los que ha destinado ayuda reembolsable en el periodo 2000-2003.



LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD EN 2004

1. Introducción

La gestión de la cooperación española en salud en 2004 ha estado condicionada por el cambio del equipo del gobierno que se produjo a raíz de los resultados de las elecciones generales de marzo de ese año. El nuevo Ejecutivo ha introducido hasta la fecha reseñables cambios en la política española de cooperación al desarrollo. No obstante, dados los plazos en los que se incorporan las modificaciones, la gestión de la ayuda en 2004 viene determinada tanto por los lineamientos estratégicos ya establecidos como por las nuevas orientaciones que se pretenden. Conviene, pues, antes de su exposición, aludir al marco normativo previo.

A este respecto, el referente central lo constituye, sin duda, la *Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo*, aprobada en 1998. En su primer artículo, se marca como objetivo central "la lucha contra la pobreza en todas sus manifestaciones". En sus prioridades sectoriales, se señala como uno de los ámbitos de actuación preferente los "servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de seguridad alimentaria y formación de recursos humanos". Dos años después, en el *Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004*, se reitera como sector prioritario las necesidades sociales básicas. Dentro de éstos, se incluyen dos de los tres subsectores principales del sector de la salud: la promoción de la salud básica y los programas relacionados con la población y la salud reproductiva.

En 2003, por primera vez, se establece un marco estratégico para el sector con la *Estrategia de la cooperación española en salud*. Se vuelve a insistir en que "la actividad prioritaria de la cooperación para el desarrollo en materia de salud debe ser la atención a las necesidades sanitarias de los más desfavorecidos". Al mismo tiempo, se fija como objetivo central de la estrategia "establecer un marco de actuación común para el conjunto de los actores de la cooperación española en dicho sector". No obstante, dadas las carencias del documento (falta de pautas de gestión, de metas evaluables, de instrumentos, de compromisos presupuestarios…), éste parece más bien una declaración de intenciones que una guía efectiva para orientar la acción[52].

Poco después, en enero de 2004, en consonancia con el objetivo señalado por dicha estrategia y a instancias de la Agencia Española de Cooperación Internacional, se aprueba el programa de cooperación en salud para África conocido como el *"Programa VITA"*[53] que constituye un esfuerzo por coordinar y complementar las actuaciones entre las distintas Administraciones del Estado y las organizaciones de la sociedad civil. Su principal objetivo es mejorar las condiciones de vida de las poblaciones africanas mediante el acceso a sistemas de salud de calidad. Sin embargo, también en este programa se presentan deficiencias estratégicas como son la falta de establecimiento de compromisos precisos, objetivos, recursos disponibles o indicadores de evaluación, entre otras.

En febrero de 2005 se aprueba el nuevo *Plan Director de la Cooperación española 2005 - 2008* (Recuadro 3. 1). En el mismo se establecen, en el marco de los compromisos internacionales y de la Estrategia de la Cooperación Española en Salud, las nuevas prioridades de la cooperación española en el sector: el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud, la mejora de la salud sexual y reproductiva y reducción de la mortalidad materna, la mejora de la salud infantil y la lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas. De esta forma, se concreta una relación de componentes de la salud a los que deberá prestarse especial atención. Coinciden éstos, no obstante, con gran parte del componente sanitario de las necesidades básicas salvo por la relevante novedad del fortalecimiento institucional de los sectores públicos de salud. Adicionalmente, se marca como otro de los objetivos del nuevo Plan Director la revisión de la Estrategia de la cooperación en salud.

52 Una crítica más detallada se encuentra en "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004". Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo.

53 Una mayor reflexión del mismo puede encontrarse también en el mismo informe, arriba referenciado.

Recuadro 3. 1

La salud en el plan director de la cooperación española 2005-2008

En enero de 2005 se aprobó el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, el segundo que se publica en cumplimiento de la Ley 23/98 de 7 de julio de cooperación internacional para el desarrollo. Una de las principales diferencias respecto al primer plan es, probablemente, la implicación de los diferentes actores en la cooperación durante el proceso de elaboración. La participación se facilitó por diferentes canales, entre ellos, la realización de talleres sectoriales con actores destacados en cada sector. En el caso concreto del taller sectorial de salud participaron universidades, ONG especializadas, representantes de las comunidades autónomas, consultores y expertos, además de responsables de la propia Agencia Española de Cooperación Internacional.

El Plan Director 2005-2008 es, en líneas generales, un plan muy ambicioso que plantea la coherencia entre las políticas exterior y de cooperación al desarrollo, así como una mayor implicación de España en el ámbito internacional mediante la aportación de propuestas y una participación activa más allá de la mera contribución económica a los programas multilaterales de desarrollo.

La lucha contra la pobreza y la Declaración del Milenio son el fundamento y el principal referente del plan. La salud es un elemento clave en ambos principios y por ello se mantiene como una de las líneas prioritarias de actuación. Sin embargo, el presente plan incorpora una novedad muy importante y es la adopción del enfoque de derechos humanos, que se refleja en todo el documento y que en el caso de la salud se traduce en que ésta se presenta como *"un derecho fundamental del ser humano y una condición clave para una vida digna"*.

Dentro de las líneas estratégicas de actuación en salud de la cooperación española destacan también varias novedades como:

- La adopción de los principios de Alma-Ata de *"equidad y acceso universal de los servicios básicos de salud mediante un enfoque multisectorial y participativo"*. Esto debería traducirse en un cambio en las tendencias

e incrementarse las actuaciones destinadas a apoyar políticas sanitarias y gestión administrativa en lugar de dirigir el grueso de la financiación al desarrollo de infraestructuras sanitarias. Este cambio responde a la consideración del "fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud" como una de las líneas estratégicas del Plan Director
.

■ La salud sexual y reproductiva se presenta también como una de las líneas estratégicas adoptando el enfoque de derechos sexuales y reproductivos. La salud reproductiva es una parte fundamental de la salud de la mujer, pero no la única y es necesario satisfacer las necesidades específicas de la salud femenina en las diferentes etapas de la vida. Los últimos años la AOD destinada a políticas de salud sexual y reproductiva ha sido prácticamente nula ya que se computaba en este sector la AOD en salud materna descuidando aspectos como la planificación familiar.

■ La adopción de la atención primaria de salud como estrategia que puede mejorar la salud de las poblaciones de los países más desfavorecidos implica obligatoriamente, y así se recoge en el Plan, trabajar desde los condicionantes de salud y asumir de este modo el ya citado enfoque multisectorial. No obstante, determinantes de salud como el acceso a agua potable y medidas de saneamiento y la mejora de la nutrición, ambos componentes de la APS, son presentados como sectores distintos dentro del capítulo de necesidades sociales.

En líneas generales, se trata de un buen plan, que recoge muchas de las reclamaciones y sugerencias realizadas desde diferentes ámbitos, pero tiene también aspectos confusos, no exclusivos del sector salud, debidos en gran medida a lo ambicioso del documento.

Uno de estos aspectos confusos es la ausencia de objetivos intermedios que faciliten el seguimiento y la evaluación del mismo. Otra ausencia importante es la de compromisos presupuestarios de referencia para los diferentes sectores. En lo que respecta a instrumentos, se apunta alguno nuevo como el apoyo al enfoque sectorial, pero no se menciona el peso que tendrán otros de amplia tradición en la cooperación española como los créditos FAD, cuya pertinencia como instrumento de ayuda ha sido altamente cuestionada. Otra tarea pendiente de la cooperación española es la coordinación entre diferentes actores, para lo que parecen interesantes iniciativas como el Programa VITA de salud para África que podrían extenderse a otras regiones.

2. Una visión global

La Ayuda Oficial al Desarrollo que se destinó al sector salud en 2004 fue de 114,8 millones de euros, lo que supone un descenso del 12,9% respecto al volumen asignado el año anterior. Las dos principales causas de dicho descenso se encuentran, por una parte, en una menor utilización de la ayuda reembolsable en el sector de la salud y, por otra, en la importante reducción de la cuota multilateral destinada al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (en adelante, GFATM). Al tiempo, ambos descensos no son compensados por el incremento en el volumen de la ayuda no reembolsable. De tal forma, se reduce también el peso de la ayuda en el sector respecto al total de la AOD que pasó del 6,9% en 2003 al 5,4% en 2004. (cuadro 3. 1)

Cuadro 3. 1 **Evolución AOD destinada al sector salud según el tipo de AOD (2003-2004)**

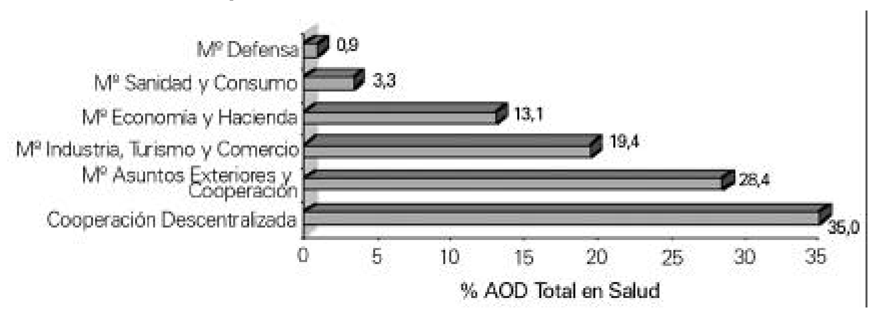
	2003	%	Variación 2003/2002	2004	%	Variación 2004/2003
Tipo de AOD						
A) Ayuda Bilateral (1+2)	93.426.485	70,9	-6,8	91.922.207	80,0	-1,6
1.- Ayuda Bilateral No Reembolsable	61.056.583	46,3	-6	69.735.176	60,7	14,2
2.- Ayuda Bilateral Reembolsable	32.369.902	24,6	-8	22.187.031	19,3	-31,5
B) Ayuda Multilateral	38.396.894	29,1	323	22.923.780	20,0	-40,3
Total AOD en Salud (A+B)	131.823.379	100	21	114.845.988	100	-12,9
% AOD en Salud del Total AOD Bruta	6,90%		24,7	5,40%		-21,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos y Cuotas, 2003/2004)

Esto se refleja en la forma de canalización de la ayuda, observándose cómo el descenso de los recursos en salud es especialmente acusado en la cooperación multilateral frente a las asignaciones bilaterales. Por lo tanto, y como es tradicional, el mayor volumen de la ayuda se gestiona por la cooperación bilateral que en 2004 alcanza el 80% del total. El 20% restante se canaliza como ayuda multilateral que, pese a su disminución respecto al año anterior, mantiene cuotas muy superiores a las de años precedentes, debido a los compromisos asumidos por España en la financiación del Fondo Global (GFATM).

La distribución del total de la ayuda según las distintas instituciones financiadoras ofrece en 2004 un panorama muy distinto al de años anteriores. El principal motivo es la reestructuración ministerial que se lleva a cabo dentro de la Administración General del Estado[54] . De esta forma y por primera vez, la cooperación descentralizada (administraciones autonómicas y corporaciones locales) se sitúa al frente en la asignación de recursos en salud, con el 35% del total del volumen (gráfico 3. 1). Por su parte, dentro de la Administración Central del Estado, la institución que mayor volumen de ayuda aporta es el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (28%), relevando así el tradicional primer puesto que tenía el Ministerio de Economía, debido a su anterior facultad en la concesión de los créditos FAD y desembolsos al GFATM. El segundo lugar

Gráfico 3. 1 **Distribución total de la AOD según actores financiadores, España 2004**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos y Cuotas, 2004)

54. La reestructuración ministerial de la actual legislatura ha supuesto ciertas novedades en la distribución de los actores en la gestión y asignación de la AOD. De tal forma y a los efectos que ahora interesan: las funciones de la Secretaría de Estado de Turismo y Comercio (entre las que están la gestión, administración, seguimiento y evaluación del FAD) que antes correspondían al Ministerio de Economía, han sido asumidas por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio con excepción de las competencias correspondientes a la Dirección General de Financiación Internacional que le corresponden y por lo tanto mantiene el Ministerio de Economía y Hacienda. (R.D. 553/2004, de 17 de abril, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales (arts. 5 y 10) y, el R.D. 1554/2004, de 25 de junio, por el se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. (arts. 2 y 5)). Ello ha supuesto, que a diferencia de años anteriores donde el cómputo de la ayuda destinada a los créditos FAD y organismos internacionales financieros se computaba al Mº de Economía. Este año se realiza separadamente, de tal forma que los créditos FAD corresponden al Mº de Industria, Turismo y Comercio y, las contribuciones al GFATM se mantienen en el Mº de Economía y Hacienda.

corresponde al Ministerio de Industria, Turismo y Comercio con el 19% (responsable ahora de la ayuda reembolsable), seguido del Ministerio de Economía y Hacienda 13% (que mantiene la gestión del GFATM). El Ministerio de Sanidad y Consumo eleva su cuota del 2% al 3%, siendo el ministerio que presenta el mayor incremento en la asignación de recursos durante el ejercicio (un 142% en términos nominales) (cuadro 3. 2).

Cuadro 3. 2 **Evolución AOD destinada al sector salud según el tipo de AOD (2003-2004)**

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Actor financiador	Millones € 2003	% del Total AOD (2003)	Millones € 2004	% del Total AOD (2004)	Variación 2003/ 2004
Total AOD Salud 114.845.987,7 100 %	AOD Bilateral 91.922.207,5 80,0%	No Reembolsable 69.735.176,1 75,9%	Mº Asuntos Exteriores y Cooperación AECI -Cooperación Directa-	9.826.399,3	7,5	8.724.797,7	7,6	-11,2
			Mº Asuntos Exteriores y Cooperación AECI-ONGD	14433.926,0	10,9	15.533.603,2	13,5	7,6
			Mº Asuntos Exteriores y Cooperación AECI -Multibilateral-	718.763,0	0,5	1.170.000,0	1,0	62,8
			Total Mº Asuntos Exteriores y Cooperación (Bilateral)	24.979.088,3	18,9	25428400,9	22,1	1,8
			Mº Sanidad y Consumo	1.263.982,0	1	3.062.601,4	2,7	142,3
			Mº Industria, Turismo y Comercio (Dº Gral Infor.)	0	0	84.787,5	0,1	100
			Mº Defensa	1.065.852,0	0,8	978.445,0	0,9	-7,3
			Cooperación Descentralizada (CCAA + EELL)	33.755.460,6	25,6	40.180.941,4	35,0	19
			Otros	2.200,0	0,002	0	0,0	-100
		Reembolsable 22.187.031,3 24,1%	Mº Industria, Turismo y Comercio -FAD-	32.369.902,0	24,6	22.187.031,3	19,3	-31,5
	AOD Multilateral 22.923.780,3 20,0%		Mº Economía y Hacienda	29.942.681,0	22,7	15.000.000,0	13,1	-49,9
			Mº Asuntos Exteriores y Cooperación	7.739.535,0	5,9	7.172.891,0	6,2	-7,3
			Mº Sanidad y Consumo	714.678,0	0,5	750.989,3	0,7	5,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos y Cuotas, 2003/2004)

3. La ayuda multilateral

Bajo la modalidad de ayuda multilateral se computan las contribuciones obligatorias o voluntarias desembolsadas por las administraciones públicas españolas a los distintos organismos internacionales[55] que realizan actividades de cooperación para el desarrollo. Las aportaciones se clasifican en tres grupos según la naturaleza de los organismos internacionales receptores: organismos internacionales financieros, principalmente Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional; organismos internacionales no financieros, en su gran mayoría agencias de Naciones Unidas; y aportaciones a la Unión Europea, en particular, al Fondo Europeo de Desarrollo y al Presupuesto Comunitario de Cooperación al Desarrollo.

En la cooperación multilateral, a diferencia de la bilateral, el donante no decide el destino final de los recursos desembolsados, al ser las propias instancias internacionales las responsables de tal decisión. Se trata además, en su gran mayoría, de contribuciones a organismos que gestionan proyectos en múltiples sectores de forma simultánea, como la UE, el Banco Mundial o el PNUD, por lo que, en muchos casos, es prácticamente imposible determinar el volumen exacto del total de las aportaciones de un donante en un sector determinado. Por ello, se considerará aquí como cooperación multilateral en el sector, únicamente las aportaciones a aquellos organismos especializados en el ámbito de la salud.

En 2004 las contribuciones a organismos multilaterales en salud totalizaron cerca de 30 millones de euros, lo que supone un descenso del 40% respecto al año anterior. Significa también una disminución del sector salud respecto al total de la AOD multilateral, que pasa del 5,4% al 2,6%. La causa de semejante descenso se encuentra en la menor asignación al Fondo Global (GFATM).

Del total de la ayuda multilateral en salud, el 65% se destina a los organismos internacionales financieros, siendo el 35% restante para los no financieros. Conviene recordar que hasta 2003, la gran mayoría de las contribuciones multila-

55. De la misma forma que en la ayuda bilateral, es el Grupo de Aspectos Estadísticos del CAD el que establece a qué organismos, qué cuota y en qué proporción las asignaciones aportadas se clasifican como AOD. Dependiendo del organismo multilateral al que se destina la contribución, se aplica un porcentaje distinto para el cómputo de la AOD. Este porcentaje es definido después de estudiar el funcionamiento y las actividades de ese organismo internacional, de forma que hay contribuciones que computan el 100% del desembolso como AOD, mientras que otras contribuciones no son consideradas AOD.

terales en salud se destinaban a organismos internacionales no financieros (OMS, OPS u ONUSIDA). Sin embargo, el volumen de los desembolsos al GFATM (que gestiona el Banco Mundial) respecto al resto de contribuciones conlleva que en los dos últimos años la mayor parte de la ayuda multilateral aparezca canalizada a través de los organismos internacionales financieros.

El análisis según los distintos ministerios que financian la ayuda multilateral en salud otorga al Ministerio de Economía y Hacienda una cuota del 65%, puesto que es el responsable de la gestión de la ayuda a los OI F Le sigue el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación que, con el 31%, disminuye el volumen de la ayuda de 2004 respecto a la de 2003. El 3,3% restante corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, el único de los tres ministerios que aumenta el volumen de su ayuda. Sin embargo, dicho incremento se debe en su gran mayoría al aumento de las cuotas obligatorias, lo que significa que su volumen viene dado por criterios que en principio escapan a la voluntad del donante. Reduce por otra parte, en gran proporción, las de carácter voluntario, sobre todo las otorgadas por el Instituto de Salud Carlos III.

El destino de la ayuda multilateral entre los distintos organismos receptores presenta en general similar distribución respecto al ejercicio anterior. Como ya se ha señalado, el Ministerio de Economía y Hacienda dirige sus contribuciones de carácter voluntario al GFATM. El Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación reparte sus desembolsos entre contribuciones voluntarias al Fondo de Población de NU y ONUSIDA y una cuota obligatoria a la OMS, que supone más de un cuarto del total de la ayuda multilateral en salud. Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo diversifica mucho más sus contribuciones. De éstas, el 76% son cuotas obligatorias destinadas a distintas unidades de la OMS y a la Federación Internacional de Hospitales y el 24% restante son contribuciones voluntarias que se distribuyen entre la OMS, OPS y la OCDE, entre otros organismos.

Cuadro 3. 3 **Distribución AOD multilateral destinada a salud, España 2004**

Tipo De Institución Receptora	Actor financiador	Institución Receptora	AOD €	% Total Multi.	Tipo de Cuota/ Variación 04/03
Instituciones Financieras	Mº de Economía y Hacienda				
	Subdirección General de Instituciones Financieras Multilaterales	Fondo Salud (Fondo Global lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis) del Banco Mundial	15.000.000	65,4	V
		Total Mº Economía y Hacienda	15.000.000	65,4	- 49,9
Instituciones No Financieras	Mº Asuntos Exteriores y Cooperación				
	Subdirección General de Naciones Unidas	Organización Mundial de la Salud (OMS)	6.262.891	27,3	O
		Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA)	300.000,0	1,3	V
		Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)	610.000	2,7	V
	Total Mº Asuntos Exteriores y Cooperación		7.172.891	31,3	- 7,3
	Mº de Sanidad y Consumo				
	Subdirección General de Relaciones Internacionales	Federación Internacional de Hospitales	23.363	0,1	O
		OMS (Agencia Inter.de investigación del cáncer)	391.928	1,7	O
		Federación Internacional de Hospitales	7.205	0,03	O
		OMS (Observatorio europeo sobre Sistemas Sanitarios)	151.000	0,7	O
		OMS (Programa Especial de Salud Reproductiva)	15.100	0,1	V
		Programa Especial para las Enfermedades Tropicales	54.100	0,2	V
		Eurohealthnet	5.000	0,02	V
		OMS (Programa Global de control de la Malaria)	9.598	0,04	V
		Sociedad Inter. para la calidad en la Atención Sanitaria	595	0,003	V
		Organización de Coop. y Desarrollo Económicos (Asistencia Técnica–OCDE)	18.000	0,1	V
	Instituto de Salud Carlos III	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	75.000,0	0,3	V
		Total Mº Sanidad y Consumo	750.889	3,3	5,1
	Total AOD Multilateral en Salud		22.923.780	100,0	- 40,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Cuotas, 2003/2004)

4. La ayuda bilateral: composición sectorial

En líneas generales, la gestión de la ayuda bilateral en 2004 presenta pocas novedades respecto al ejercicio de años precedentes. El volumen total que se asigna a salud, cerca de 92 millones de euros, mantiene la tendencia decreciente observada en los dos años anteriores. La cuota de los sectores sanitarios respecto al total de la AOD distribuible[56] fue del 10,6%, lo que se sitúa por debajo de la media que presenta el conjunto del CAD (12,6%)[57] . En relación a la gestión del año 2003, la ayuda bilateral en salud desciende un 1,6%, debido exclusivamente al menor volumen de asignaciones en la ayuda reembolsable (- 31%), que no se ha compensado en su totalidad por el incremento de las donaciones (14%). (cuadro 3. 4).

Cuadro 3. 4 **Evolución de la AOD bilateral en salud, España 2001/2004**

Años	Total Salud	Variación Total	% AOD Distribuible	No Reembolsable	Variación No Reem.	Reembolsable	Variación Reem.
2001	101.570.309,90		12,5	48.099.485,10		53470.824,80	
2002	100.245.908,00	- 1,3	10,8	64.950.378,20	35,0	35.295.529,80	- 34,0
2003	93.426.485,00	- 6,8	10,4	61.056.583,00	- 6,0	32.369.902,00	- 8,3
2004	91.922.207,50	- 1,6	10,6	69.735.176,10	14,2	22.187.031,30	- 31,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2001/2004)

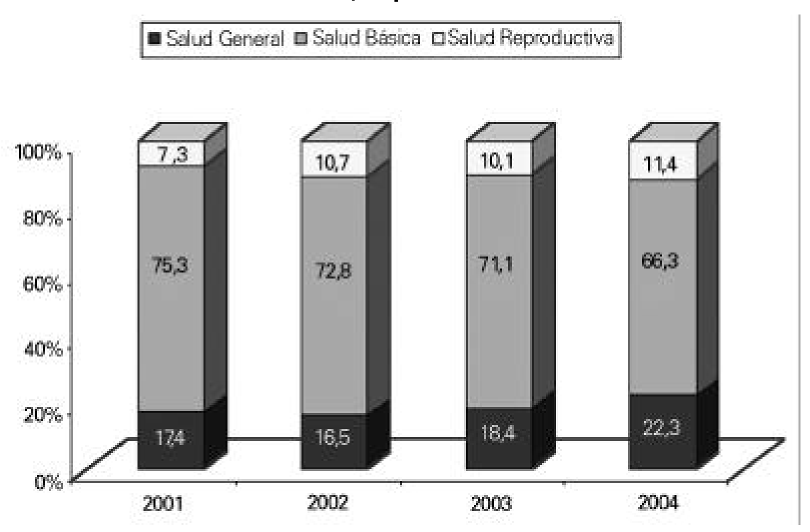
La distribución sectorial de la ayuda bilateral reproduce la estructura observada en el periodo anterior. Al subsector de "salud básica" se destina el mayor porcentaje de recursos, un 66%, seguido del subsector "salud general" que, con un 22%, aumenta su peso respecto al año anterior. Al subsector "salud sexual y reproductiva" se dirige el 11% del total de la ayuda por lo que también aumenta, pero en menor proporción. En 2004, la cooperación española se encuentra, por tanto, todavía muy alejada de la media del CAD en su distribución sectorial de

56. De la misma forma que en el capítulo anterior se mantiene en este el criterio de cuantificar el esfuerzo de la cooperación bilateral en salud sobre el total de la AOD distribuible o sectorial (parte del total de la AOD bilateral) por ser éste más preciso todavía de la voluntad del donante al excluirse sectores tales como la reorganización de la deuda, la ayuda humanitaria o los gastos administrativos de las ONGD. No obstante, y a efectos informativos, el porcentaje correspondiente del sector salud sobre el total de la AOD bilateral bruta ha sido en 2004 del 7,4% frente al 7,8% de 2003. De la misma forma, el porcentaje sobre el total de la AOD (bilateral más multilateral) ha sido del 4,7% frente al 5,4% del año anterior.

57. Corresponde al año 2003, puesto que no se dispone de datos consolidados para 2004.

los últimos años[58], especialmente en el peso otorgado en salud sexual y reproductiva (44%).

Gráfico 3. 2 **Evolución de la distribución sectorial de la AOD bilateral en salud, España 2001-2004**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2001/2004)

No obstante, a pesar de mantener similar distribución de la ayuda respecto al año anterior, el análisis desagregado de los componentes que conforman cada uno de los tres grandes subsectores de salud permite precisar cuáles son las prioridades y los cambios introducidos dentro de cada uno de éstos (cuadro 3.5, columna A). Como es tradicional, las mayores partidas de la ayuda se encuentran en el subsector "salud básica", correspondiendo a los componentes "infraestructura básica" y "atención sanitaria" el 35% y el 16% (respectivamente) de la ayuda bilateral sanitaria. Dentro del subsector "salud general", el componente mayoritario es el de "política sanitaria y gestión administrativa" que, con un 11%, se sitúa por primera vez como tercer destino de la ayuda; siguiendo a éste, con un 8%, está el componente de "servicios médicos". Por último, dentro del subsector "salud sexual y reproductiva", la "lucha contra enfermedades de transmisión sexual (incluido sida)" ha sido el más priorizado, con un 6%.

58. En el periodo 2000-2003, el CAD presenta las siguientes medias en su distribución sectorial; 19% en salud general, 36,5% en salud básica y 44,5% en salud sexual y reproductiva.

Un orden distinto de prioridades se observa si se atiende al incremento del volumen de recursos de cada componente respecto a lo asignado en el ejercicio anterior (cuadro 3.5, columna B). En componentes como "planificación familiar" o "formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva" entre otros, se han presentado los mayores incrementos. Se observa, pues, un ligero impulso, aún del todo insuficiente, por incrementar el volumen de los componentes sanitarios tradicionalmente más relegados de financiación.

Cuadro 3. 5 **Distribución de la AOD bilateral según componentes CRS, España 2003-2004(€ y %)**

SECTORES SALUD	2003 (€)	2003 (%)	2004 (€)	A 2004 (%)	B Variación 2003/2004
SALUD GENERAL					
Política sanitaria y gestión administrativa	4.821.732,1	5,2	9.851.401,6	10,7	104,3
Enseñanza y formación médica	1.309.553,7	1, 4	2.252.869,4	2,5	72,0
Investigación médica	846.855,4	0,9	1.311.937,1	1, 4	54,9
Servicios médicos	10.173.843,9	10,9	7.096.957,9	7,7	30,2
Total salud general	**17.151.985,1**	**18,4**	**20.513.166,0**	**22,3**	**19,6**
SALUD BÁSICA					
Atención sanitaria	14.051.537,9	15,0	15.180.458,3	16,5	8,0
Infraestructura básica	38.884.631,9	41,6	32.641.768,7	35,5	- 16,1
Nutrición básica	3.550.712,0	3,8	2466.682,6	2,7	30,5
Control de enfermedades infecciosas	5.385.343,0	5,8	5.364.548,8	5,8	- 0, 4
Educación sanitaria	1.609.520,0	1,7	2.270.804,0	2,5	41,1
Formación de personal sanitario	3.316.732,1	3,6	3.005.970,2	3,3	- 9, 4
Total salud básica	**66.798476,9**	**71,5**	**60.930.232,6**	**66,3**	**- 8,8**
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
Política sb población y gestión administ.	127.310,5	0,1	67.172,3	0,1	- 47,2
Atención en salud reproductiva	4.579.391,1	4,9	4.312.530,9	4,7	-5,8
Planificación familiar	0,0	0,0	7601,3	0,01	100
Lucha contra ETS (incl :sida)	4736750,0	5,1	5.925.137,6	6,4	25,1
Formación para población y salud repr.	32.571,4	0,0	166.366,7	0,2	410,8
Total s. reproductiva	**9476.023,1**	**10,1**	**10478.808,8**	**11, 4**	**10,6**
TOTAL SALUD	**93426485,0**	**100,0**	**91.922.207,5**	**100**	**- 1,6**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2003/2004)

5. La ayuda sanitaria en necesidades sociales básicas

De los tres subsectores sanitarios, dos de ellos "salud básica" y "salud sexual y reproductiva" constituyen parte fundamental de las necesidades sociales básicas. Su inclusión dentro de un sector prioritario para la cooperación española como son las necesidades sociales básicas y su orientación a la población más desfavorecida de los países receptores les confiere especial relevancia. Tal como se señala en el capítulo anterior, la ayuda que España destina a estos sectores se sitúa por debajo de la media del CAD y la UE. La tendencia decreciente en su asignación de recursos de los últimos años se confirma nuevamente en 2004. Los 71, 4 millones de euros que se destinan a los sectores sanitarios de las necesidades básicas suponen una reducción del 6,4% respecto al año anterior. Dicho descenso obedece a la reducción de la partida reembolsable. Mayor es, por otra parte, la disminución del volumen del resto de sectores no sanitarios, lo que da un balance final de un 1,2% menos de ayuda destinada a las necesidades básicas. (cuadro 3. 6).

Cuadro 3. 6 **AOD destinada en NSB, España 03-04 (Millones de € y %)**

Tipo de AOD	Total AOD NSB			AOD no reembolsable NSB			AOD reembolsable NSB		
Sectores	2003 €	2004 €	Variación 03/04	2003 €	2004 €	Variación 03/04	2003 €	2004 €	Variación 03/04
AOD sectores salud NSB	76,3	71,4	-6,4	47,9	49,2	2,8	28,4	22,2	-21,9
AOD resto sectores NSB	94,5	84,2	-11,0	69,8	60,2	-13,8	24,7	24,0	-2,9
AOD total en NSB	170,8	155,6	-8,9	117,7	109,4	-7,0	53,1	46,2	-13,1
% AOD N B sociales / Total AOD distribuible	19,1	17,9	-1,2	13,1	12,6	-0,6			
% AOD N B sanitarias/ Total AOD distribuible	8,5	8,2	-0,3	5,3	5,7	0,3			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2003/2004)

De esta forma, el porcentaje que en 2004 asigna España al cumplimiento del compromiso 20/20[59] se sitúa en el 18%, a dos puntos de la cuota acordada en la Cumbre Social de Copenhague. Sin embargo, si se contabiliza sólo la ayuda no reembolsable para cubrir dicho compromiso, tal como se reclama desde distintos sectores sociales, la cuota se reduciría al 12,6%. La cuota correspondiente a las

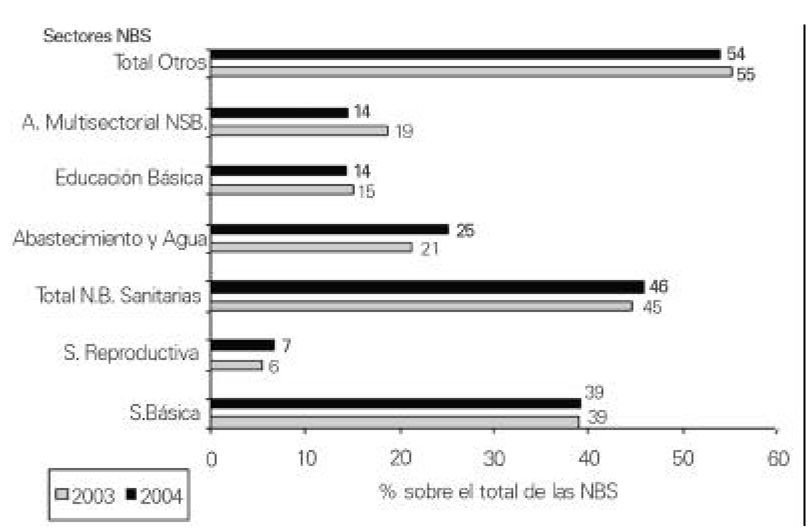
59. El compromiso 20/20 establece la recomendación de destinar el 20% de la AOD distribuible de los donantes y el 20% del presupuesto nacional de los países receptores a la cobertura de las necesidades básicas sociales.

necesidades básicas sanitarias es del 8,2% lo que supone un ligero descenso respecto al año precedente, confirmando una tendencia del último período. De la misma manera, si a ésta se le descuenta la ayuda reembolsable, la cuota desciende al 5,7%.

La distribución sectorial permite evaluar el peso otorgado a los sectores sanitarios entre el total de los sectores que configuran las necesidades básicas. De tal modo que, si como acaba de señalarse, el volumen de la ayuda en salud disminuye respecto al año anterior, no lo hace su peso en relación al total de los sectores de las necesidades básicas, el cual pasa del 45% al 46%. Ello es debido, por una parte, al ligero aumento que experimenta el subsector "salud sexual y reproductiva" y, por otra, al descenso de los sectores no sanitarios, que pasan del 55% al 54%. (gráfico 3. 3). Dentro de éstos, disminuye el peso de la ayuda multisectorial y educación básica y, sin embargo, aumenta el sector de abastecimiento y depuración de aguas, estrechamente ligado a la salud.

El análisis más preciso del peso otorgado a cada uno de los componentes de las necesidades sociales básicas lo ofrece la desagregación de sus sectores. (cuadro 3. 7). Así, en las necesidades básicas sanitarias, dentro de "salud básica" los principales componentes son: "infraestructura sanitaria" y "atención sanitaria".

Gráfico 3. 3 **Distribución del peso de los sectores de las NBS (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2003/2004)

Dentro de salud sexual y reproductiva: la "lucha contra enfermedades de transmisión sexual" y la "atención en salud reproductiva" concentran prácticamente la totalidad de los recursos. En el resto de sectores no sanitarios, las mayores cuotas se destinan a los dos componentes que integran abastecimiento y depuración de aguas (sistemas de envergadura 17% y sistemas menores 8%) y a la ayuda multisectorial (14%).

Cuadro 3. 7 **Distribución AOD en NSB, España 2003/2004**

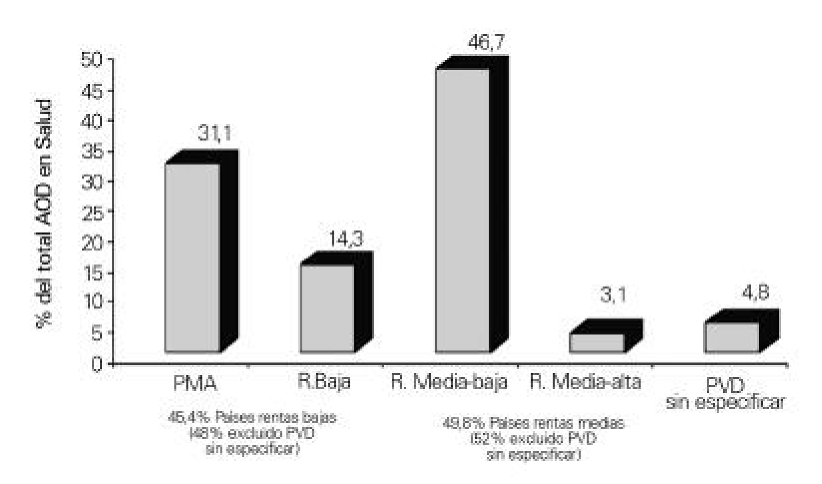
SECTORES N.S.B.	2003 €	2003 %	2004 €	2004 %	Variación 03/04
SALUD BÁSICA					
Atención sanitaria básica	14.051.537,9	8,2	15.180.458,3	9,8	8,0
Infraestructura sanitaria básica	38.884.631,9	22,8	32.641.768,7	21,0	-16,1
Nutrición básica	3.550.712,0	2,1	2466.682,6	1,6	-30,5
Control de enfermedades infecciosas	5.385.343,0	3,2	5.364.548,8	34	-04
Educación sanitaria	1.609.520,0	0,9	2.270.804,0	1,5	41,1
Formación personal sanitario	3.316.732,1	1,9	3.005.970,2	1,9	-9,4
TOTAL SALUD BÁSICA	66.798.476,9	39,1	60.930.232,6	39,2	-8,8
SALUD SEXUAL Y REPRODC.					
Política s. población y gest.aAdminis.	127.310,5	0,1	67.172,3	0,04	-47,2
Atención en salud reproductiva	4.579.391,1	2,7	4.312.530,9	2,8	-5,8
Planificación familiar	x	x	7.601,3	0,005	100,0
Lucha contra ETS incluido el sida	4.736.750,0	2,8	5.925.137,6	3,8	25,1
Formación personal población y s.reprod.	32.571,4	0,02	166.366,7	0,1	410,8
TOTAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	9.476.023,1	5,5	10.478.808,8	6,7	10,6
T. NECESIDADES BÁSICAS SANITARIAS	76.274.499,9	44,7	71.409.041,5	45,9	-6,4
Abast y depuración agua-sistemas envergadura	25.763.491,5	15,1	27.239.182,7	17,5	5,7
Abast. y depuración agua-sistemas menores	10.584.432,5	6,2	12.034.602,0	7,7	13,7
TOTAL ABASTECIMIENTO Y AGUA	36.347.924,0	21,3	39.273.784,7	25,2	8,0
Educación primaria	16.985.509,0	9,9	11.719.736,8	7,5	-31,0
Capacitación básica de jóvenes y adultos	7.930.880,8	4,6	8.406.013,8	5,4	6,0
Educación primera infancia	1.114.283,5	0,7	2.252.317,1	1,4	102,1
TOTAL EDUCACIÓN BÁSICA	26.030.673,3	15,2	22.378.067,8	14,4	-14,0
TOTAL Ayuda multisectorial s.soc. bás.	32.151.548,2	18,8	22.524.489,9	14,5	-29,9
Total OTROS	94.530.145,6	55,3	84.176.342,4	54,1	-11,0
T. NECESIDADES BÁSICAS SOCIALES	170.804.645,5	100,0	155.585.383,9	100,0	-8,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2003/2004)

6. Distribución geográfica de la ayuda bilateral

La distribución de la ayuda en salud según el nivel de renta de los países receptores presenta en relación a la gestión del año anterior y en términos generales, un reparto más equilibrado de los recursos (gráfico 3. 4). En 2004, de forma agregada y en términos relativos, el 52% de la ayuda se destina al grupo de países de rentas medias y el 48% al grupo de rentas bajas, habiendo sido estas mismas proporciones del 60% y el 40%, respectivamente, en 2003[60] . Dichas variaciones se deben al descenso del volumen de la ayuda en los países de rentas medias (17% en términos nominales) y al aumento en los países de rentas bajas (un 12%).

Gráfico 3. 4 **Distribución AOD bilateral en salud según renta del país receptor, España 2004**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

El análisis de los niveles de renta de forma desagregada y de la variación en los fondos destinados a cada grupo respecto al año anterior, permite observar con mayor precisión los cambios en la nueva gestión de la ayuda. (cuadro 3. 8, última columna). Dentro del grupo de países de rentas medias, los países de rentas medias-altas acusan el mayor descenso (un 63%), frente al 10% de los países de rentas medias-bajas. En el grupo de los países de rentas bajas, el aumento se da en los países de rentas bajas (51%), mientras que la ayuda

60. Excluidos en el cálculo el volumen de la ayuda de renta no especificada.

otorgada a los países menos adelantados (PMA) apenas varía (0, 7%). El leve incremento de la ayuda a estos últimos no está en correspondencia con los reiterados llamamientos de la comunidad internacional a aumentar la ayuda a los PMA.

La distribución sectorial de la ayuda según el nivel de renta no presenta grandes diferencias respecto a 2003, salvo en los PMA. (cuadro 3. 8). Los subsectores "salud básica" y "salud sexual y reproductiva" son los que presentan una distribución más dispersa y, en ambos, los principales países receptores son los de rentas medias-bajas, seguidos de los PMA. Por el contrario, dentro de "salud general" los recursos se concentran especialmente en los PMA (46%). En estos, la importancia que adquiere "salud general" se debe al volumen de recursos destinados al componente "política sanitaria y gestión administrativa". No en vano, en este componente se da el mayor incremento de todos en 2004, un 707% en términos nominales respecto al año anterior. Semejante aumento explica también la relevancia que adquiere este componente en el conjunto de la ayuda en salud que, como se señala más arriba, por primera vez se sitúa dentro de los tres primeros destinos de la ayuda.

Cuadro 3. 8 **Distribución AOD bilateral en salud según renta del país receptor, España 2004**

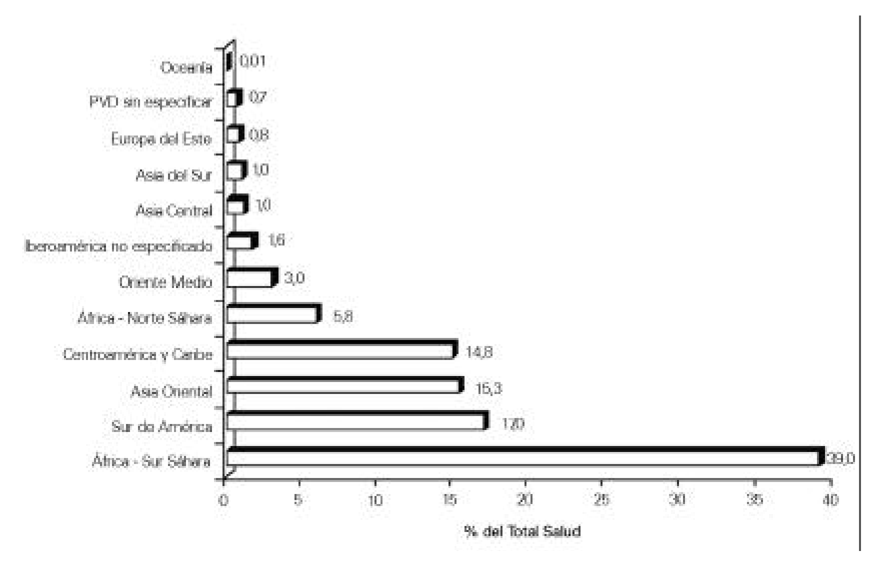
Países según renta	%S.general	% S.básica	%S.reproductiva	% T. Salud	Variación 03/04
PMA	45,8	24,7	39,8	31,1	0,7
R. baja	1,4	18,8	13,9	14,3	51,1
Total rentas bajas	47,1	43,4	53,7	45,4	12,5
R. media-baja	36,4	51,0	41,8	46,7	-9,8
R. media-alta	1,9	3,3	4,1	3,1	-63,4
Total rentas medias	38,3	54,3	46,0	49,8	-17,3
PVD sin especificar	14,5	2,3	0,4	4,8	368,9
Total AOD	100,0	100,0	100,0	100,0	-1,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

Respecto a la asignación de recursos a las *necesidades básicas sanitarias en función del nivel de renta del país receptor*, los países que superan la media (46%) de la cuota sanitaria correspondiente al total de las necesidades básicas sociales son los PMA, con un 63%, y los países de renta baja y media-alta, ambos con un 49%. Los de renta media-baja recibieron, por su parte, el 38%. En todos ellos el subsector "salud básica" es el predominante, y en los PMA el subsector "salud sexual y reproductiva" alcanza la mayor cuota. Dentro del resto de componentes no sanitarios, el subsector de mayor peso varía en función del grupo de renta al que se haga mención: para los países de renta baja y media-alta, el subsector de mayor peso es "abastecimiento y depuración de aguas" y, para los PMA, es el de "educación básica".

La asignación de la ayuda según las distintas regiones geográficas presenta pocas novedades respecto al año anterior (gráfico 3. 5). De manera agregada y en términos relativos, la asignación de recursos se dirige de forma prioritaria al continente africano, que prácticamente recibe la mitad del total de la ayuda, seguido de Latinoamérica y Asia. El principal cambio se da en el continente asiático que reduce su peso, entre 2003 y 2004, del 34% al 20%. Por el contrario, África aumenta del 37% al 45% debido, principalmente, a una mayor canalización

Gráfico 3. 5 **Distribución regional AOD bilateral del total salud, España 2004**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

de la ayuda hacia África subsahariana. Por último, Latinoamérica aumenta del 26% al 34% debido al incremento de recursos destinados al sur de América, mientras que Centroamérica vio disminuidas sus asignaciones.

La evaluación de la distribución sectorial de la ayuda entre las distintas regiones presenta mayores novedades (cuadro 3. 9). Las más considerables se dan en el subsector "salud general" puesto que, del total de fondos destinados a este subsector, más de la mitad correspondieron a África subshariana (54% frente al 20% del ejercicio anterior), debido, como se señala más arriba, a su componente "política sanitaria y gestión administrativa". De hecho, en los tres subsectores la región priorizada es África subsahariana, seguida de Centroamérica en "salud

Cuadro 3. 9 **Distribución regional por sectores del total AOD bilateral en salud, España 2004 (%)**

REGIONES	%S.general	% S.básica	%S.reproductiva	% T. Salud	Variación 03/04
África – Norte Sáhara-	4,4	5,1	13,1	5,8	9,8
África - Sur Sáhara-	54,0	31,7	52,3	39,0	19,6
Total África	58,4	36,8	65,4	44,8	18,2
Centro América y Caribe	12,8	14,6	19,9	14,8	- 23,0
Sur de América	10,8	20,3	9,3	17,0	14,7
Iberoamérica no especif.	6,5	0,2	X	1,6	130,8
Total América	30,1	35,1	29,2	33,4	- 3,9
Asia oriental	8,9	20,1	X	15,3	*[61]
Centro y sur Asia	X	2,7	2,2	2,0	*
Oriente Medio	0,9	3,7	2,9	3,0	*
Total Oriente	9,8	26,5	5,1	20,3	- 23,9
Europa del Este	1,7	0,6	X	0,8	- 45,8
Oceanía	0,0	x	X	0,0	100,0
PVD sin especificar	X	1,0	0,4	0,7	- 20,5
Total salud	100,0	100,0	100,0	100,0	- 1,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

61. La diferencia de criterio entre lo que se consideró en el año 2003 y el año 2004 por parte de la SGPEPD como países integrantes de cada región de Asia impide un cotejo de los montos. Por ello y para no dar lugar a confusiones, se prescinde aquí de cualquier comparación.

general" y "salud sexual y reproductiva" y seguida del sur de América "en salud básica". Semejante distribución de la ayuda sanitaria no se había producido con anterioridad. La causa se encuentra, como se analiza más adelante, en la instrumentación que se hace de la ayuda.

En el análisis regional de las necesidades básicas sanitarias se sitúan por encima de la media (46%) de la cuota sanitaria correspondiente al total de las necesidades básicas sociales: Asia oriental (79%), Oriente Medio (63%) y África subsahariana (62%). Por el contrario, el mayor peso de los componentes no sanitarios de las necesidades sociales básicas se da en Europa del Este (93%), Asia Central (79%) y Centroamérica (74%).

La distribución de la ayuda en salud según los distintos países receptores confirma la orientación de la cooperación española hacia los países considerados prioritarios o de mención especial establecidos en el primer Plan Director (2000-2004)[62] . El 69% del total de la ayuda en salud en 2004 se destina a esta categoría de países. El análisis de los diez principales receptores (ocho de ellos prioritarios) refleja además algunos de los cambios introducidos en la distribución de la ayuda que se han señalado en las evaluaciones anteriores (cuadro 3. 10). En 2004 aumenta el número de los países subsaharianos, disminuye la proporción de países latinoamericanos y se mantienen los mismos países asiáticos, pero con un menor volumen de asignaciones. Al mismo tiempo se observa que la mitad de estos países pertenecen al grupo de rentas bajas, lo que contrasta con los datos de 2003, año en que, entre sus países priorizados, sólo aparecían tres de dicho grupo.

7 . Instrumentación de la ayuda

La gestión de la instrumentación de la ayuda bilateral en salud en el año 2004 es el aspecto que presenta mayores novedades respecto a años anteriores. Por primera vez, la cuota de la ayuda no reembolsable alcanza más de tres cuartas partes del total de la ayuda bilateral (76% no reembolsable, 24% reembolsable,

62. El I Plan Director de la Cooperación Española (2001-2004) establece un grupo de 29 países y territorios que tienen la consideración de *países prioritarios o países-programa*. Este grupo esta formado por los siguientes países y territorios: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú, Argelia, Marruecos, la población saharaui, Túnez, los territorios palestinos, Angola, Cabo Verde, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Mauritania, Mozambique, Namibia, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, China, Filipinas, Vietnam, Albania, Bosnia y Herzegovina y Kosovo. Además de este grupo de 29 países el Plan Director hace mención especial a la cooperación con Cuba, Colombia, Egipto, Jordania, Líbano y Sudáfrica.

Cuadro 3. 10 **Principales países receptores de AOD bilateral en salud, España 2004**

Nivel de Renta	Consideración del país	País	Total €	% reem.	% no reem.	% AOD en salud
PMA	Prioritario	Mozambique	10415.655	x	100,0	11,3
R. media-alta	Prioritario	Bolivia	8.188.748	27,5	72,5	8,9
R.m Media-baja	Prioritario	China	5.289.842	95,8	4,2	5,8
PMA	x	Uganda	4.815.220	94,6	5,4	5,2
Renta baja	Consideración especial PACI 2004	Ghana	3.892.813	98,8	1,2	4,2
R. media-baja	Prioritario	Marruecos	3.609.278	x	100,0	3,9
R. media-baja	Prioritario	Perú	3439.782	x	100,0	3,7
Renta baja	Prioritario	Vietnam	3437.309	88,0	12,0	3,7
R. media-baja	Prioritario	Filipinas	2.634.511	x	100,0	2,9
Renta baja	Prioritario	Nicaragua	2.589.973	21,9	78,1	2,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

Cuadro 3. 11 **Evolución de la instrumentación AOD bilateral en salud, España 2001/2004**

Tipo AOD	AOD B. NO REEMBOLSABLE			AOD B. REEMBOLSABLE		
Años	Millones €	Variación anual	% Total AOD bilateral	Millones €	Variación anual	% Total AOD bilateral
2001	48,1		47,4	53,5		52,6
2002	65,0	35,0	64,8	35,3	- 34,0	35,2
2003	61,1	- 6,0	65,4	32,4	- 8,3	34,6
2004	69,7	14,2	75,9	22,2	- 31,5	24,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2001/2004)

(cuadro 3. 11). Existe todavía, no obstante, un considerable volumen de ayuda reembolsable en el sector sanitario que, como ya se ha señalado, es prácticamente inexistente en el resto de donantes.

Parte de las novedades en la instrumentación se producen en la distribución sectorial de la ayuda. A diferencia de años anteriores, en los que la ayuda reembolsable se repartía entre los subsectores "salud general" y "salud básica", en 2004 la totalidad de la misma se concentra en el de "salud básica". (gráfico 3 6). Dentro de este subsector, los dos componentes a los que se destina la ayuda reembolsable son: "infraestructura básica", al que se canaliza el 97% de la misma y, con el 3% restante, el componente "control de las enfermedades infecciosas" [63] al que por primera vez se destina esta modalidad de ayuda.

Gráfico 3. 6 **Instrumentación sectorial AOD bilateral, España 2004**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

De esta forma, también dentro de las *necesidades básicas sanitarias*, son esos dos componentes señalados del subsector "salud básica" a los que se destina la ayuda reembolsable, cuya cuota agregada disminuye del 37% en 2003, al 31% en 2004. A pesar de ello, esta cuota se mantiene por encima de la que presentan la media de los donantes del CAD (1%, en el periodo 2000/2003). Por otra

63. El único proyecto financiado con créditos FAD, en este componente, ha sido un proyecto destinado a Nicaragua, de 567439 euros, para "vehículos, insumos médicos y equipamiento médico de apoyo antiepidémico"

parte, aumenta ligeramente el peso de la ayuda reembolsable en los componentes no sanitarios, concentrado en su totalidad en torno al "abastecimiento y depuración del agua". De esta forma, en el conjunto de las necesidades sociales básicas, la distribución de la ayuda en 2004 es del 70% en forma no reembolsable y del 30% reembolsable. (cuadro 3. 12)

Cuadro 3. 12 **Instrumentación de las necesidades básicas sanitarias, España 2004**

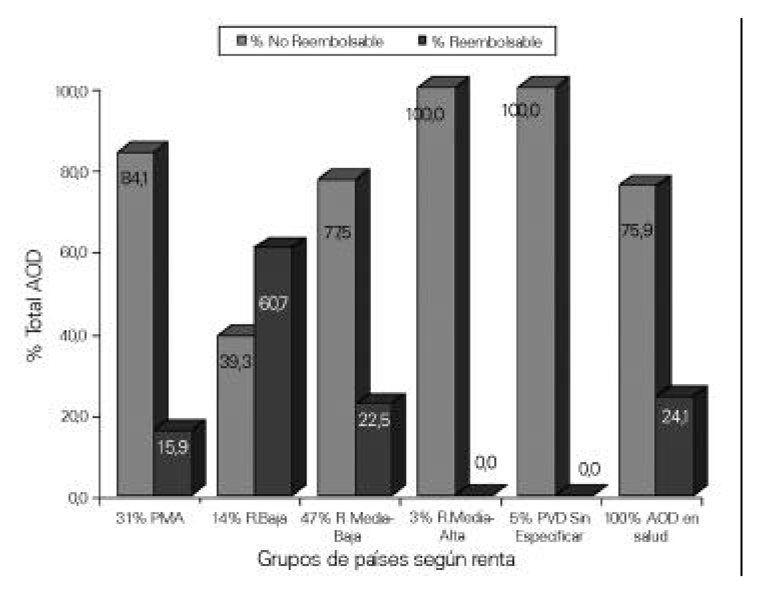
Sectores NSB	% no reem	% reem	Total
Total salud básica	63,6	36,4	100
Total salud sexual y reproductiva	100,0	x	100
T. Necesidades básicas sanitarias	68,9	31,1	100
Total abastecimiento y agua	38,9	61,1	100
Total educación básica	100,0	x	100
Ayuda multisectorial	100,0	x	100
Total OTROS	71,5	28,5	100
T. necesidades básicas sociales	70,3	29,7	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

La instrumentación de la ayuda según el nivel de renta del país receptor presenta algunas evidencias contradictorias. Por una parte y al igual que años anteriores, se mantiene una mayor cuota de la ayuda reembolsable en los países de rentas bajas frente a los de rentas medias. Por otra parte, respecto a 2003, las variaciones introducidas en las asignaciones de créditos FAD dentro de los dos grupos de rentas no están exentas de incoherencias. En el grupo de países de rentas bajas: si bien en los PMA se desciende la cuota reembolsable del 43% al 16%, en los países de rentas bajas ésta se aumenta del 39% al 61%. Dentro del grupo de los países de rentas medias: en los países de renta media-baja se pasa del 29% al 22%, mientras que en los de renta media-alta se suprime totalmente la ayuda reembolsable, cuya cuota en 2003 era del 40% (gráfico 3. 7). En resumen, se observa que en todos los niveles de renta se disminuye la cuota reembolsable, excepto en los países de renta baja.

Esa misma distribución regional de la ayuda reembolsable se reproduce tanto para *los componentes sanitarios de las necesidades sociales básicas* como para los no sanitarios. La única excepción son los sectores no sanitarios de los PMA, en los que la ayuda es enteramente no reembolsable.

Gráfico 3. 7 **Instrumentación AOD en salud según nivel de renta, España 2004**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

Finalmente, la cuota reembolsable para el total de las necesidades sociales básicas es de 64% en los países de renta baja, de 27% en los de renta media-baja y de 15% en los PMA.

La instrumentación de la ayuda por regiones (cuadro 3. 13) presenta también ciertos cambios respecto al año anterior. Las mayores cuotas de la ayuda reembolsable siguen correspondiendo a Asia oriental que, con el 74% del total bilateral, apenas varía; seguida de África subsahariana, que pasa del 41% al 25%; y en último lugar, Latinoamérica, en donde el sur de América eleva su cuota del 3% al 14% y, por el contrario, en Centroamérica se reduce del 17% al 4%. Se suprime así en 2004 la ayuda reembolsable destinada a Oriente Medio.

Análoga distribución regional presenta *la instrumentación de la ayuda a los componentes sanitarios de las necesidades sociales básicas* tanto en el orden como en las cuotas asignadas. Muy diferente resulta el reparto en los componentes no sanitarios. Para el conjunto de las necesidades sociales básicas, las cuotas de ayuda reembolsable son: Europa del este (78%), Asia central y oriental (ambas con el 74%), África subsahariana (31%), Centroamérica (28%) y el sur de América (11%).

Cuadro 3. 13 **Instrumentación regional de la AOD en salud, España 2004**

Distribución regional	% no reem	% reem	Total
África – Norte Sáhara-	100	x	100
África - Sur Sáhara-	75,1	24,9	100
Centro América y Caribe	95,8	4,2	100
Sur de América	85,6	14,4	100
Iberoamérica no especificado	100	x	100
Asia oriental	26	74,0	100
Asia central	100	x	100
Asia del sur	100	x	100
Oriente Medio	100	x	100
Europa del Este	100	x	100
Oceania	100	x	100
PVD sin especificar	100	x	100
Total salud	75,9	24,1	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

El análisis de los países receptores de los créditos FAD en salud revela la doble incoherencia con la que se gestiona este instrumento. Por una parte, el criterio de asignación de los FAD es incoherente con los lineamientos estratégicos de la cooperación española, puesto que sólo el 49% del total de la ayuda reembolsable se asigna a países considerados prioritarios (China y Bolivia de rentas medias, Vietnam y Nicaragua de rentas bajas, (cuadro 3. 14). Por otra parte, es incoherente con la lógica de la ayuda, al destinar el 51% restante, en su gran mayoría, a países de rentas bajas y altamente endeudados: Ghana, Costa de Marfil y Uganda, siendo además países a los que se adjudica casi la totalidad de la ayuda de forma reembolsable.

Cuadro 3. 14 **Distribución del total AOD reembolsable por países receptores, España 2004**

Sector financiado	Renta	Consideración del país	País	Volumen €	% Reem del total bilateral	% del total reemb.
Infraestructura básica	media-baja	Prioritario	China	5.068.802	95,8	22,8
Infraestructura básica	PMA		Uganda	4.554414	94,6	20,5
Infraestructura básica	renta baja	Consideración especial PACI 2004	Ghana	3.844.835	98,8	17,3
Infraestructura básica	renta baja	Prioritario	Vietnam	3.023.202	88,0	13,6
Infraestructura básica	media-baja		Indonesia	2.326.537	92,8	10,5
Infraestructura básica	media-alta	Prioritario	Bolivia	2.249.935	27,5	10,1
C. enferm. infecciosas	renta baja	Prioritario	Nicaragua	567439	21,9	2,6
Infraestructura básica	renta baja		Costa de Marfil	551.867	62,5	2,5
			Total	22.187.031	24,1	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)

Finalmente, la distribución de la *ayuda en salud no reembolsable según los países receptores* también admite comentarios críticos. Por una parte presenta una mayor correspondencia con las prioridades de la cooperación española al destinar el 75%[64] de la ayuda no reembolsable a los países considerados prioritarios. De hecho, tienen esta consideración sus diez principales receptores, coincidiendo además con países a los que la totalidad de la ayuda se les concede de forma no reembolsable (excepto Bolivia) (cuadro 3. 15). Sin embargo, la distribución que se realiza de la ayuda no reembolsable no es muy congruente en un sector como la salud puesto que, de los diez principales países receptores, sólo tres pertenecen al grupo de los PMA y, los restantes siete, son países de rentas medias[65] . Se reincide de esta forma, en 2004, en unos criterios de asignación de la ayuda más generosos con los países de mayores niveles de renta, mientras que se concede la ayuda más gravosa a los países con mayores niveles de pobreza.

64. Se consideran aquí los señalados así expresamente en el Plan Director 2000-2004 y los de mención especial.

65. De hecho, excluidos del cómputo los países no especificado, el 55% de la ayuda no reembolsable se destina a los países de rentas medias y el 45% a las rentas bajas.

Cuadro 3. 15 **Distribución del total AOD NO reembolsable por países receptores, España 2004**

Renta	Consideración del país	País	Volumen €	%No Reem del total bilateral	% del total No reemb.
PMA	Prioritario	Mozambique	10.415.655	100,0	14,9
R .media-alta	Prioritario	Bolivia	5.938.813	72,5	8,5
R. media-baja	Prioritario	Marruecos	3.609.278	100,0	5,2
R. media-baja	Prioritario	Perú	3.439.782	100,0	4,9
R. media-baja	Prioritario	Filipinas	2.634.511	100,0	3,8
R. media-baja	Prioritario	Guatemala	2.453.307	100,0	3,5
PMA	Prioritario	Guinea Ecuatorial	2.331.128	100,0	3,3
PMA	Prioritario	Angola	2.317.608	100,0	3,3
R. media-baja	Prioritario	El Salvador	2.109.702	100,0	3,0
R. media-baja	Prioritario	Territorios palestinos	2.062.289	100,0	3,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la SGPEPD (Listado de Proyectos, 2004)



LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN SALUD

1. La cooperación descentralizada en España

En el sistema español de ayuda destaca el peso de la cooperación descentralizada, entendiendo como tal la que llevan a cabo las administraciones públicas distintas al gobierno central. Se incluyen, por tanto, aquellas acciones gestionadas y financiadas por los gobiernos autonómicos, las diputaciones provinciales, los cabildos insulares y los ayuntamientos.

Este protagonismo de la cooperación descentralizada ha sido muy bien considerado tanto dentro como fuera de España, no solo por la suma de recursos dedicados al desarrollo que supone, sino también porque la pluralidad de actores es siempre una fuente de riqueza, al introducir diferentes visiones e iniciativas. Además, esos actores presentan valores añadidos respecto a la administración central. Algunas iniciativas promovidas por los gobiernos autonómicos resultan especialmente interesantes por lo que respecta al diseño de sus estrategias.

Asimismo, es destacable el papel de la cooperación descentralizada a la hora de acercar la problemática del desarrollo a la ciudadanía, ejerciendo una importante labor de sensibilización y fortaleciendo el tejido asociativo local. Paralelamente, la cooperación descentralizada, al resultar más cercana, es la que más se somete al control social y es más sensible a las demandas de la sociedad civil.

La cooperación descentralizada, a pesar de arrojar un balance positivo, también supone desafíos para un sistema de ayuda que debiera ser coordinado y coherente. En la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, de julio de 1998, se reconoce la legitimidad de la cooperación descentralizada en representación de la solidaridad de sus respectivas sociedades, basada en los principios de autonomía presupuestaria y autorresponsabilidad; también establece que las acciones de cooperación desarrolladas por esos actores deben respetar las líneas generales y directrices básicas contenidas en el Plan Director "y el principio de colaboración entre administraciones públicas en cuanto al acceso y participación de la información y máximo aprovechamiento de los recursos públicos" (artículo 20).

Para hacer efectiva esta coordinación entre la cooperación descentralizada y la central, se hace necesario el establecimiento de mecanismos eficaces de comunicación, concertación y colaboración entre estas administraciones. Con esta finalidad, la citada Ley preveía la creación de la Comisión Interterritorial, disposición que se consumó en el Real Decreto 22/2000, de 14 de enero, que regula la composición, competencias, organización y funciones de dicha comisión, modificado por el Real Decreto 2124/2004[66]

Adicionalmente, algunas iniciativas puestas en marcha por la AECI para lograr la colaboración entre la Administración Central y otros actores -entre ellos, las comunidades autónomas- son los programas VITA, Azahar, Araucaria y Nauta, el primero suscrito por 15 comunidades autónomas, el segundo por 10, el tercero por 5 y el último, el programa Nauta, tan sólo por 3 de ellas. Cada uno de estos programas tiene un ámbito de actuación diferente y todos tienen en común la voluntad de lograr la máxima coordinación y complementariedad en las acciones a través de la participación activa de los diversos actores de la cooperación española.

Además, existen otras peculiaridades que afectan a las entidades locales y las comunidades autónomas. Por un lado, son instituciones con limitaciones en la dotación de recursos humanos y técnicos para la gestión de una ayuda eficiente y de calidad. Por otro, resulta difícil acumular experiencias y capacidades técnicas porque, con frecuencia, la responsabilidad en la gestión de la cooperación ha pasado de unas dependencias a otras, como consecuencia de repetidas reestructuraciones en la organización interna de tales administraciones.

Conscientes de dichas peculiaridades, en los inicios de la cooperación descentralizada se realizó una sola convocatoria anual para la financiación de proyectos de cooperación, dirigida a ONG y otras instituciones. En la actualidad, muchas de esas entidades -en especial las que han acumulado mayor experiencia- han pasado a gestionar proyectos de cooperación de forma directa, aunque es mayoritaria la cooperación gestionada a través de otros actores. En 2004, las fundaciones, universidades, sindicatos, ONG y otras organizaciones de la sociedad civil ejecutaron el 80% de la ayuda de las comunidades autónomas, y el 100% en el caso de las corporaciones locales. Este hecho puede limitar la capacidad de tales administraciones para controlar la asignación sectorial y geográfica de la ayuda, influida en gran medida por la orientación de las iniciativas promovidas por las ONG solicitantes de las subvenciones públicas. Esto es

66. Este real decreto introduce algunas modificaciones en la representación de la Administración General del Estado en esta comisión para adecuarlo a la nueva estructura ministerial.

especialmente relevante en aquellos casos en los que no existe una definición clara de prioridades estratégicas que guíe de forma efectiva la gestión de la AOD.

Por otro lado, al ser limitada la cuantía de las ayudas procedentes de esas instituciones, en especial de las corporaciones locales, predomina la dispersión y las acciones a pequeña escala, impidiendo la planificación y ejecución de programas con mayor impacto. Tomando el monto agregado de toda la cooperación española, en 2004, la cantidad media destinada a cada proyecto fue de 221 mil euros, las comunidades autónomas dedicaron 98 mil y las entidades locales 93 mil euros.

Varias han sido las iniciativas puestas en marcha para afrontar las limitaciones señaladas. La cooperación descentralizada ha avanzando en procesos de consolidación de sus políticas de cooperación -dotándose de marcos normativos y estrategias de planificación- así como la adopción de un aparato administrativo capaz de gestionar la ayuda.

Es muy positivo el hecho de que algunas comunidades autónomas estén adoptando leyes sobre cooperación en las que puedan definir los principios, prioridades, instrumentos y actores de su sistema de ayuda, estabilizando la política de cooperación y logrando que vaya más allá de las decisiones coyunturales que la habían regido anteriormente. Así mismo, se están estableciendo mecanismos de planificación -como planes directores, planes anuales y estrategias sectoriales- que permitan definir los objetivos, adquirir compromisos concretos y establecer criterios para la gestión de la ayuda. En lo que respecta a las estrategias sectoriales de salud, aunque ninguna comunidad autónoma tiene un documento específico en el que se concreten las prioridades y ámbitos de actuación, algunas de ellas han incluido es sus planes directores o en sus planes anuales referencias específicas al mismo.

Para consolidar el aparato administrativo, determinadas comunidades autónomas están constituyendo organismos estables para la cooperación internacional e, incluso, creando agencias autonómicas de cooperación.

Son destacables los esfuerzos de algunas comunidades autónomas por sistematizar y uniformizar el cómputo de su ayuda, adaptando los sistemas de clasificación de los proyectos a la normativa internacional establecida por el CAD -un proceso en el que todas ellas debieran avanzar-. Asimismo, los informes que ya publican algunas comunidades autónomas mejoran la rendición de cuentas. Sin embargo, es necesario insistir en la necesidad de realizar informes más

completos y detallados dado que, en el momento actual, la información que publican las comunidades autónomas sobre su actuación en cooperación es muy heterogénea: desde estudios muy detallados a simples referencias a los recursos destinados a cooperación, sin el análisis pormenorizado de los datos.

Por último, se incrementa la tendencia a la creación de consejos autonómicos de cooperación, que actúan como órganos consultivos abiertos a la participación de agentes sociales, expertos, ONG e instituciones privadas, posibilitando la concertación de políticas entre los diversos actores del sistema de la cooperación descentralizada. La mayoría de comunidades autónomas cuentan desde hace años con un consejo de cooperación.

Todas estas medidas son necesarias para evitar la descoordinación interna de las propias Administraciones y contribuye positivamente a hacer la cooperación descentralizada más estable y sólida, dotándola de una mayor visión estratégica y fundamentación técnica, aumentando su capacidad de impacto y de rendición de cuentas.

En lo que respecta a las corporaciones locales, es muy positiva la tendencia a la agrupación en entidades supramunicipales, especialmente en fondos de cooperación y solidaridad para hacer frente, al mismo tiempo, a las limitaciones derivadas de la escasa experiencia y capacidad técnica y a la pequeña escala y dispersión de sus acciones. Estos fondos municipales tienen una dotación económica que aúna los recursos de los entes locales para financiar proyectos y llevar a cabo actividades propias de sensibilización y de incidencia política. Además de hacer más eficiente la gestión de los recursos, se mejora la información y formación de sus asociados. En la actualidad existen 9 fondos, el Fons Català, el Euskal Fondoa, el Fons Valencià, el Fons Mallorquí, el Fons Menorquí, el Fondo Galego, el Fons Pitiús, el Fondo Andaluz y el Fondo Extremeño; agrupados a su vez en la Confederación de Fondos de Cooperación y Solidaridad. Cabe destacar, también, el papel de algunas diputaciones provinciales como vía para canalizar recursos municipales hacia la cooperación.

Si se atiende a la evolución cuantitativa de la cooperación descentralizada, se observa que los recursos gestionados no han dejado de crecer. Además, su ritmo de expansión ha sido mayor al del total de la AOD, pasando de suponer el 3% de la misma en 1994 a constituir más del 18% diez años después. Especialmente llamativo es el incremento en el año 1995 en el que la ayuda pasó de 32 a 88 millones de euros, en gran parte como consecuencia de las movilizaciones sociales masivas en favor del 0,7%, demostrando el impacto que estas

demandas tuvieron sobre la cooperación descentralizada. Posteriormente, el rápido aumento de los recursos de la cooperación descentralizada entre 1995 y 1999 se debió, sobre todo, a la progresiva incorporación de municipios y comunidades autónomas a los programas de cooperación. En los últimos años se observa un vigoroso crecimiento, habiendo aumentado, de media, un 14% al año en los últimos tres años (gráfico 4. 1)[67] .

Gráfico 4. 1 **Evolución de la cooperación descentralizada 1994-2004**

Fuente: datos de Seguimiento del PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

En el año 2004, las administraciones autonómicas dedicaron a la cooperación un total de 223 millones de euros, lo que supone un incremento del 13% respecto al año anterior. En este mismo año, las entidades locales aportaron 91 millones, un millón más que en 2003. Estas aportaciones de las administraciones autonómicas y de las entidades locales supusieron, respectivamente, el 71% y el 29% de la AOD descentralizada y el 12,8% y el 5,5% del total de la AOD española.

Más allá de las cifras agregadas, si se observan las aportaciones relativas de cada comunidad autónoma (refiriéndose a las administraciones autonómicas), las que mayor cantidad aportaron fueron Andalucía -32 millones de euros- y Cataluña -31 millones- que, junto con el País Vasco y Castilla-La Mancha, suman más del 50% del total. Las diferencias en los desembolsos son llamativas. En 2004, Andalucía aportó más que la suma de las siete comunidades que menos aportaron, entre ellas, La Rioja -2 millones- Murcia y Cantabria (cuadro 4. 1).

67. Para el cálculo del porcentaje aportado por la cooperación descentralizada (comunidades autónomas y entidades locales) se ha tomado como total la cooperación española tanto bilateral como multilateral.

Sin embargo, debido a que la posibilidad de destinar fondos a la ayuda depende en gran medida de la dimensión económica de cada comunidad autónoma, resultan más significativos otros parámetros que pongan su AOD en relación a su PIB o a su número de habitantes. Destaca la Comunidad Foral de Navarra, la única que aportó más del 0,1% de su PIB a cooperación. Además, aportó casi el doble per cápita -28,6 euros- que la segunda comunidad, Castilla-La Mancha, que destinó a cooperación 14,7 euros por persona correspondiéndole un 0,095% de su PIB.

Cuadro 4. 1 **Distribución de la AOD de las CCAA 2003-2004**

	2003					2004				
CCAA	AOD Total (m €)	% sobre total CCAA	AOD como % del PIB	AOD % del presupuesto CA	AOD per capita (euros)	AOD Total (m €)	% sobre total CCAA	AOD como % del PIB	AOD % del presupuesto CA	AOD per capita (euros)
Navarra	13.343	6,76	0,106	0,50	23,1	16.729	7,48	0,116	0,60	28,61
Castilla La Mancha	27.473	13,91	0,108	0,47	15,1	27.206	12,17	0,095	0,43	14,71
País Vasco	28.456	14,41	0,060	0,46	13,5	26.450	11,83	0,051	0,43	12,50
Islas Baleares	9.704	4,91	0,052	0,54	10,2	8.130	3,64	0,037	0,44	8,51
La Rioja	2.522	1,28	0,045	0,30	8,8	1.992	0,89	0,031	0,22	6,79
Asturias	6.495	3,29	0,040	0,21	6,0	6.800	3,04	0,038	0,22	6,33
Cantabria	5.401	2,73	0,058	0,33	9,8	3.405	1,52	0,032	0,19	6,14
C.A. Valenciana	15.273	7,73	0,021	0,17	3,4	21.492	9,62	0,026	0,22	4,73
Aragón	4.513	2,29	0,020	0,18	3,7	5.835	2,61	0,022	0,15	4,67
Cataluña	26.729	13,53	0,020	0,15	4,0	31.358	14,03	0,020	0,15	4,60
Extremadura	1.902	0,96	0,015	0,05	1,8	4.860	2,17	0,035	0,13	4,52
Andalucía	25.817	13,07	0,026	0,12	3,4	32.615	14,59	0,029	0,15	4,24
Madrid	9.958	5,04	0,008	0,08	1,7	17.392	7,78	0,012	0,13	3,00
Castilla y León	3.828	1,94	0,009	0,05	1,5	6.353	2,84	0,014	0,08	2,55
Canarias	6.809	3,45	0,022	0,15	3,6	4.476	2,00	0,013	0,09	2,34
Galicia	4.907	2,48	0,012	0,06	1,8	5.787	2,59	0,014	0,07	2,10
Murcia	1.818	0,92	0,010	0,07	1, 4	2.630	1,18	0,012	0,09	2,03
Varias CC autónomas	2.537	1,28				0				
Total/ promedio simple	197.485	100	0,037	0,21	6,64	223.513		0,04	0,22	6,96

Fuente: datos de Seguimiento del PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

Las comunidades que menor presupuesto de su PIB dedicaron a la ayuda fueron Madrid y Murcia -un 0,012%-, seguidas por Canarias, Castilla y León y Galicia; las que presentaron menor AOD per cápita son Murcia y Galicia, con poco más de 2 euros por persona.

Una medida complementaria del esfuerzo relativo que cada comunidad autónoma dedica a la ayuda es poner en relación los recursos asignados a esas tareas con el presupuesto del que disponen. La relación que se obtiene, en este caso, no modifica demasiado la ordenación anterior. Sigue siendo Navarra la región más solidaria, con un 0,6% de su presupuesto dedicado a la ayuda. Le siguen Castilla-La Mancha, País Vasco e Islas Baleares, todas con cuotas superiores al 0,4%, duplicando lo que es la cuota media del conjunto de las comunidades autónomas. La relación se cierra con Castilla y León, Galicia, Canarias y Murcia, todas con cuotas de ayuda por debajo del 0,1% de sus respectivos presupuesto.

De acuerdo con los compromisos internacionales, España está emplazada a dedicar el 0,7% de su PIB a la ayuda. Ahora bien, ¿cómo determinar el esfuerzo que los gobiernos autonómicos y locales deben realizar para contribuir al compromiso del 0,7? Si todos dedicasen el 0,7% de su PIB, la suma de todas las aportaciones sería muy superior a esa cuota, por cuanto se estaría contabilizando de forma duplicada el PIB. Una forma de medir el esfuerzo económico que realizan los gobiernos autonómicos y locales sería calculando los recursos necesarios para alcanzar el 0,7% del PIB y asignando esos recursos en función de la capacidad presupuestaria de cada nivel de la administración. De tal manera que si una determinada administración participa en un porcentaje determinado en la gestión de recursos públicos, debiera contribuir con similar porcentaje a la financiación de la ayuda internacional. Si se aplica ese criterio se puede obtener un coeficiente que exprese la relación entre la ayuda que aporta y la que debiera conceder para alcanzar el 0,7% deseado (cuadro 4. 2).

Navarra es la comunidad autónoma que más se aproximó a la aportación teórica que le correspondería, alcanzando un 27% de la misma. Le siguen Baleares, Castilla-La Mancha y País Vasco, ya que aportaron algo más del 19% del esfuerzo teórico que les correspondería. Cierran la relación las comunidades de Galicia y Castilla y León, es decir, las que a mayor distancia se encuentran del objetivo deseable. En general, las comunidades autónomas están aportando fondos a la AOD muy por debajo de los que serían necesarios para cumplir el objetivo del 0,7%, siendo esta aportación, en términos agregados, tan sólo el 10% del valor deseable.

Cuadro 4. 2 **CCAA: Grado de compromiso con el objetivo del 0,7% (miles de euros y %)**

CCAA	2003				2004			
	% sobre el presupuesto público nacional	AOD teórica para cumplir el 0,7%	AOD real	% aportado sobre el teórico	% sobre el presupuesto público nacional	AOD teórica para cumplir el 0,7%	AOD real	% aportado sobre el teórico
Comunidad Foral de Navarra	1,1	58174	13.343	22,9	1,1	62401	16729	26,8
Gobierno de las Islas Baleares	0,7	38.926	9.704	24,9	0,7	41.594	8.130	19,5
Junta CC Castilla La Mancha	2,4	125.521	27473	21,9	2,5	140.115	27.206	19,4
Comunidad Autónoma Vasca	2,6	134.286	28456	21,2	2,5	138.659	26450	19,1
Comunidad A. de la Rioja	0,3	18.075	2.522	14,0	0,4	20.306	1.992	9,8
Generalitat de Valencia	3,8	197420	15.273	7,7	3,9	219.500	21492	9,8
Principado de Asturias	1,3	65715	6495	9,9	1,3	70.570	6.800	9,6
Comunidad A. de Cantabria	0,7	35147	5401	15,4	0,7	39.350	3405	8,7
Generalitat de Cataluña	7,5	391.639	26729	6,8	8,4	470.203	31.358	6,7
Diputación General de Aragón	1,0	54420	4.513	8,3	1,6	87499	5.835	6,7
Junta de Andalucía	8,6	448710	25.817	5,8	8,9	496.073	32.615	6,6
Junta de Extremadura	1,5	77817	1.902	2,4	1,5	85.067	4.860	5,7
Comunidad de Madrid	5,1	265444	9.958	3,8	5,5	305.346	17392	5,7
Gobierno de Canarias	1,9	97330	6.809	7,0	2,0	111.019	4476	4,0
Región de Murcia	1,1	59.233	1.818	3,1	1,2	66.526	2.630	4,0
Junta de Castilla y León	3,1	160102	3.828	2,4	3,2	177433	6.353	3,6
Xunta de Galicia	3,2	167895	4.907	2,9	3,3	182.616	5787	3,2
Total/promedio simple	2,7	2.395.855	194.948	10,6	2,9	2714.277	223.510	9,9

Fuente: Datos del M.E.H. y seguimiento de los PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

2. La salud en la cooperación autonómica

El análisis sectorial de la cooperación autonómica es difícil de realizar dado que las comunidades autónomas no siempre aplican de forma estricta los sistemas de clasificación del CAD, requeridos para homogeneizar la información recogida en la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPEPD). Esta dirección general centraliza y consolida los datos de la cooperación

de cada año, incluyendo la cooperación descentralizada, y lo publica en el Seguimiento de los PACI. El problema es que no siempre la DGPEPD es capaz de realizar una reclasificación adecuada de los proyectos que recibe de las comunidades autónomas, ya que muchos de ellos corresponden a varios subsectores, o pueden llegar con títulos y clasificaciones poco claros respecto al contenido del proyecto, lo que hace que la adjudicación final a un determinado sector pueda resultar, en ocasiones, confusa.

El total de la AOD en salud de las comunidades autónomas en 2004 fue de 28,5 millones de euros, lo que supone un incremento del 22% respecto a 2003[68] . Además, el aumento en el sector salud ha sido proporcionalmente mayor al del resto de sectores ya que, si en 2003 suponía el 11,8% de la AOD de las comunidades autónomas, en 2004 alcanzó el 12,8%. También es destacable el hecho de que este porcentaje es menor que el aportado por la cooperación bilateral española en su conjunto que, en el año 2004, fue del 10,6%. Del total de la AOD sanitaria española de ese año, el 35% fue aportado por la cooperación descentralizada -sumando comunidades autónomas y entidades locales-, lo que muestra el mayor compromiso de estas instituciones con el sector salud.

En cuanto al cálculo desagregado, las comunidades que más aportaron a este sector fueron Navarra, Valencia, Andalucía y Cataluña que, juntas, suman más del 50% del total; y, entre las que menos recursos destinaron al mismo, se encuentran La Rioja y Murcia.

Sin embargo, es especialmente interesante analizar qué porcentaje del total de la ayuda se está destinando a este sector, como un reflejo de la importancia otorgada por cada comunidad autónoma a la cooperación en salud. Las comunidades que porcentualmente destinan más recursos son: Navarra, Cantabria y La Rioja, más del 20% del total de su ayuda. Las que menos, son Murcia y Madrid, con un 5, 1% y un 7, 4%, respectivamente (cuadro 4. 3). Poniendo las cifras en relación al número de habitantes de cada comunidad autónoma, destaca claramente la aportación de Navarra, que destina 8 euros por persona al sector salud, muy por encima de las aportaciones del resto de comunidades, que no superan, en ningún caso, los 1,5 euros.

68. MÉDICUS MUNDI, PROSALUS Y MÉDICOS DEL MUNDO (2004) La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004.

Cuadro 4. 3 **CCAA: Distribución AOD bruta en salud 2004**

CCAA	Miles €	% del total	% salud/AOD	AOD salud per cápita (eur)
Comunidad Foral de Navarra	4.619,9	16,2	27,6	7,9
Junta de Castilla La Mancha	2.669,6	9, 4	9,8	1, 4
Junta de Andalucía	4.002,0	14,0	12,3	0,5
Comunidad Autónoma Vasca	2.191, 4	7,7	8,3	1,0
Generalitat de Valencia	4.034,3	14,1	18,8	0,9
Generalitat de Catalunya	2.912,5	10,2	9,3	0, 4
Principado de Asturias	1.331,0	4,7	19,6	1,2
Gobierno de las Islas Baleares	924,9	3,2	11, 4	1,0
Junta de Extremadura	833, 4	2,9	17,1	0,8
Gobierno de Canarias	514,3	1,8	11,5	0,3
Comunidad de Madrid	1.281,9	4,5	7, 4	0,2
Xunta de Galicia	811,9	2,8	14,0	0,3
Junta de Castilla y León	511,2	1,8	8,0	0,2
Comunidad de la Rioja	425, 4	1,5	21, 4	1, 4
Diputación General de Aragón	492,7	1,7	8,4	0,4
Comunidad de Cantabria	853,1	3,0	25,1	1,5
Región de Murcia	134,8	0,5	5,1	0,1
Total ayuda en salud	28.544,3	100,0	12,8	1,2
Total AOD	223.513,6			
% salud sobre AOD	12,8			

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

Si hacemos un análisis cualitativo de la cooperación sanitaria, destaca la creciente adhesión de las comunidades autónomas a un programa nacional de referencia en el sector salud en África, el programa VITA, que cuenta con representación de 15 de las 17 comunidades autónomas. La última incorporación ha sido la de Cantabria, en junio de 2005. No se han adherido a este programa País Vasco ni Asturias. También es interesante el hecho de que las áreas de cooperación de algunas comunidades autónomas tienen acuerdos con instituciones especializadas en el área de la salud de ámbito autonómico, nacional e, incluso, supranacional.

Las administraciones autonómicas delegan en otras organizaciones la ejecución de los proyectos de cooperación en mayor medida cuando éstos corresponden al sector salud. Sólo el 9% de la AOD de las comunidades autónomas fue de ejecución directa en el sector salud frente al 20% si tomamos todos los sectores. En el caso de las entidades locales, no hubo proyectos de ejecución directa en ninguno de los casos. Estos datos son aún más llamativos si se tiene en cuenta que, según el agregado nacional, el 42% de los fondos destinados al sector salud son de ejecución directa.

Gráfico 4. 2 **Ejecución de la AOD descentralizada 2004**

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

3. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud

Es interesante analizar la manera en que se distribuye la ayuda sanitaria entre los diferentes subsectores de salud para conocer las prioridades de las comunidades autónomas en materia de cooperación sanitaria. En los últimos años, venía consolidándose la tendencia que se puede observar en los datos referentes a 2003 (gráfico 4.3), según la cual la "salud básica" recibía la mayoría de los fondos y tanto la "salud sexual y reproductiva" como la "salud general" eran receptoras de poco más del 15% cada una.

En el año 2004 se han producido algunos cambios en esta tendencia. Aunque la "salud básica" continúa siendo el subsector con mayor peso y recibe más de la mitad de los fondos, su importancia ha disminuido en favor de la "salud general", que ha pasado a recibir el 27% de la cuantía total. Llama la atención que la "salud sexual y reproductiva", lejos de aumentar como se ha declarado necesario en

numerosas ocasiones, viene disminuyendo y, en 2004, tan sólo representó el 15% de lo dedicado a salud. Dentro de éste último subsector se enmarcan los proyectos relacionados con el VIH/sida, un tema de especial relevancia por su gran impacto en el desarrollo humano y económico de muchos países. Se debe enfatizar, por lo tanto, la necesidad de dedicar mayores recursos a este subsector que, a pesar de su gran importancia, es el que menores fondos está recibiendo por parte de la cooperación de las comunidades autónomas.

Gráfico 4. 3 **CCAA: Sectores AOD en salud 2003-04 (%)**

SALUD REPRODUCTIVA
17, 6
15,2
SALUD BÁSICA
66,9
57, 7
SALUD GENERAL
15, 4
27, 1
0,0 10,0 20,0 30,0 40,0 50,0 60,0 70,0
2004 2003

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

Si se analiza el destino de los fondos al interior de cada subsector, se pude ver de manera detallada cuál es el comportamiento de las comunidades autónomas. Observando los datos existentes (cuadro 4. 4) en el subsector "salud básica", los dos componentes que absorben la mayor cantidad de recursos son la "atención sanitaria básica" y las "infraestructuras sanitarias básicas", que suponen el 75% de ese subsector y el 43% del total de los recursos destinados a salud. Si se atiende a la evolución sufrida durante el último año, se observa que el componente de "atención sanitaria básica" fue el que experimentó el mayor aumento, en contraste con otros como "nutrición básica" o "educación sanitaria" que en 2004 recibieron menos fondos que en 2003. Estas cifras confirman el gran peso que se viene otorgando a los proyectos de construcción de infraestructuras y de asistencia sanitaria frente a otros relacionados con la formación o la prevención y que, dada su relevancia, sería necesario apoyar en mayor medida.

Dentro del subsector "salud general", un aspecto destacable es el aumento de los recursos destinados al componente de "política sanitaria y gestión administrativa", que pasó a percibir el 56% de los recursos destinados a "salud general",

Cuadro 4. 4 **CCAA: Distribución sectorial de la AOD - 2003-2004 (Miles euros - %)**

	2003		2004	
	Total	%	Total	%
SALUD GENERAL	3.612	15,4	7.723	27,1
Servicios médicos	2.499	69,2	2.488	32,2
Política sanitaria - Gestión admin	724	20,1	4.331	56,1
Enseñanza y formación médica	312	8,7	738	9,6
Investigación médica	75	2,1	165	2,1
SALUD BÁSICA	15.664	66,9	16.480	57,7
Atención sanitaria básica	5.218	33,3	7.037	42,7
Infraestructura sanitaria básica	5.173	33	5.302	32,2
Nutrición básica	2.163	7,7	1.118	6,8
Control enf. Infecciosas	1.208	13,8	1.247	7,6
Educación sanitaria	1.068	5,3	796	4,8
Formación personal sanitario	831	6,8	980	5,9
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	4.125	17,6	4.341	15,2
Política sobre pobl. y gestión admin.	87	2,1	48	1,1
Atención salud reproductiva	1.551	37,6	1.206	27,8
Lucha contra ETS	2.485	60,3	2.964	68,3
Planificación familiar		0	5	0,1
Formación para población y sr.		0	118	2,7
TOTAL AOD SALUD	23.401	100,0	28.544	100,0

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

suponiendo un 15% del total dedicado a salud. El otro gran componente de la "salud general" corresponde a los "servicios médicos" que suponen el 32% de este subsector, y que mantuvo su asignación de recursos respecto a 2003.

El grueso de la "salud sexual y reproductiva" va destinado a la "lucha contra las ETS, incluyendo el VIH/sida", que concentra el 68% y fue el componente de este subsector que más aumentó sus fondos en 2004. La "atención en salud reproductiva" es el segundo componente en importancia, correspondiéndole el 28%.

Tanto en este último, como en el componente de "política sobre población y gestión administrativa", se ha observado una disminución de los recursos en este último año. Es destacable el hecho de que los componentes de "planificación familiar" y "formación para población y salud reproductiva", que no habían sido receptores de ninguna ayuda en 2003, recibieron aportaciones en 2004 que, sin embargo, continúan siendo menores a las de la media de los países del CAD.

Está distribución de los recursos sanitarios entre los diferentes subsectores es bastante similar a la observada para el conjunto de la cooperación bilateral española, priorizándose los mismos componentes dentro de cada subsector.

Especialmente interesante es el análisis de cuál es el peso relativo que las comunidades autónomas dedican a las "necesidades sociales básicas". Las recomendaciones internacionales, derivadas de los compromisos suscritos en la cumbre de Copenhague, sugieren que debería destinarse a las mismas el 20% de la ayuda. En el caso de las comunidades autónomas, de forma agregada, destinaron casi 50 millones de euros, un 22,3% del total de su AOD. Se trata de uno de los parámetros -junto con la distribución de la ayuda en función de los niveles de renta de los países destinatarios- que marca el grado de orientación de las políticas de ayuda hacia la reducción de la pobreza. Si comparamos esta cifra con el porcentaje dedicado a necesidades sociales básicas por la cooperación española en su conjunto -18%, o 12,6% si excluimos los fondos reembolsables- las comunidades autónomas muestran una mayor orientación de su ayuda hacia proyectos relacionados con dichas necesidades.

Desagregando los distintos sectores dentro de las necesidades sociales básicas (cuadro 4. 5), se observa cómo el sector sanitario es el que mayores recursos absorbe, casi 21 millones de euros, suponiendo un 42% del total. "Otros sectores" - que incluyen la distribución de agua y saneamiento y la ayuda multisectorial para servicios sociales básicos - son receptores del 41% de los fondos. El sector educativo, en su conjunto, recibe por encima del 17%.

Si desagregregamos los sectores en sus diversos componentes, la mayoría de recursos van a parar a los proyectos multisectoriales para servicios sociales básicos, que reciben 12 millones de euros, un 24%del total dedicado a necesidades sociales básicas. Dentro del sector sanitario, el 21% va destinado a "salud sexual y reproductiva", y el restante 79% corresponde al subsector "salud básica", en especial a los componentes de atención sanitaria y construcción de infraestructuras.

Cuadro 4. 5 **CCAA: Necesidades sociales básicas en 2004**

CRS	Descripción del Sector	Total (euros)	% Subsector	% Sector
SALUD		20.821.676		41,8
	SALUD BÁSICA			
12220	Atención sanitaria básica	7.037.142	33,8	
12230	Infraestructura sanitaria básica	5.302.085	25,5	
12240	Nutrición básica	1.118.269	5,4	
12250	Control enfermedades infecciosas	1.247.272	6,0	
12261	Educación sanitaria	795.846	3,8	
12281	Formación personal sanitario	979.534	4,7	
	Total:	16.480.148		79,1
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
13010	Política sobre población y gestión admin.	47.719	0,2	
13020	Atención salud reproductiva	1.205.826	5,8	
13040	Lucha contra ETS	2.964.396	14,2	
13030	Planificación familiar	5400	0,0	
13081	Formación para población y sr.	118.187	0,6	
	Total:	4.341.528		20,9
EDUCACIÓN		8.556.874		17,2
11220	Educación Primaria	5.997.146	70,1	
11230	Capacitación básica de jóvenes y adultos	2.458.205	28,7	
11240	Educación Primaria Infancia	101.523	1,2	
OTROS		20.387.757		41,0
14020	Distribución de agua y saneamiento -sistemas de envergadura	3.286.636	16,1	
14030	Distribución de agua potable y saneamiento básicos	5.131.850	25,2	
16050	Ayuda multisectorial para SSB	11.969.271	58,7	
TOTAL		49.766.308		100,0
% NSB/ AOD		22,3%		

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

Analizando los fondos dedicados a necesidades sociales básicas en relación al volumen total de AOD para cada una de las comunidades autónomas, se observa como el 22,3% de la AOD que aportaban a necesidades sociales básicas de forma agregada es el resultado de compromisos muy dispares, encontrando al mismo tiempo algunas comunidades autónomas como Aragón, Cantabria, Navarra y Asturias, que les dedican entre un 35 y un 37%; y otras como Madrid, Comunidad Valenciana y Cataluña, que rondan el 10-13%, lo que las sitúa lejos del cumplimiento del objetivo del 20% (gráfico 4. 4).

Gráfico 4. 4 **CCAA: Necesidades sociales básicas (% AOD)**

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

Dentro de las necesidades sociales básicas, se aprecia la importancia relativa que cada comunidad autónoma otorga a los componentes sanitarios (cuadro 4. 6). La comunidad autónoma con mayor dedicación a estos componentes sanitarios es Extremadura, que concentra en ellos el 83% del total dedicado a necesidades sociales básicas, estando muy especializada en este subsector. Le siguen Navarra -un 70%- y Cataluña -un 65%. Aragón, con el 22%, y Murcia con el 19% son las que menos destinan a tales componentes.

Cuadro 4. 6 **CCAA 2004: Necesidades sociales básicas (miles de € -%)**

CCAA	Componentes sanitarios	%	Componentes no sanitarios	%	NSB total
Junta de Andalucía	2.588,9	29,2	6.282,7	70,8	8.871,6
Junta CC Castilla La Mancha	2.212,7	27,4	5.857,1	72,6	8.069,8
Comunidad Foral de Navarra	4.150,7	70,3	1.754,6	29,7	5.905,3
Comunidad Autónoma Vasca	1.950,5	36,5	3.388,6	63,5	5.339,1
Generalitat de Cataluña	2.137,5	65,4	1.129,5	34,6	3.267,0
Generalitat de Valencia	756,6	28,5	1.898,1	71,5	2.654,7
Principado de Asturias	1.265,0	53,2	1.114,2	46,8	2.379,2
Comunidad de Madrid	1.281,9	57,4	950,1	42,6	2.232,0
Diputación General de Aragón	492,7	22,4	1.702,3	77,6	2.195,0
Gobierno de las Islas Baleares	705,7	42,4	959,9	57,6	1.665,6
Junta de Castilla y León	433,0	29,5	1.033,2	70,5	1466,2
Comunidad A. de Cantabria	493,9	39,6	752,1	60,4	1.246,0
Xunta de Galicia	754,1	62,4	455,1	37,6	1.209,2
Gobierno de Canarias	294,6	27,7	769,1	72,3	1.063,7
Junta de Extremadura	815,1	83,3	163,4	16,7	978,5
Región de Murcia	121,7	18,6	534,1	81,4	655,8
Comunidad A. de la Rioja	367,1	64,7	200,4	35,3	567,5
Total/promedio simple	20.821,7	41,8	28.944,6	58,2	49.766,3

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

Llama la atención el caso de Extremadura que, siendo la que mayor proporción relativa dedicó a los sectores sanitarios en relación al total destinado a las necesidades sociales básicas -un 83%, correspondiendo al 17% de su AOD total- fue la cuarta comunidad autónoma que menos aportó a necesidades sociales básicas en general. En el extremo opuesto encontramos a Aragón que, a pesar de ser la que más aportó a necesidades sociales básicas en general, los componentes sanitarios de la misma sólo recibieron el 22% de los recursos -correspondiéndole el 8, 4% de la AOD. Estas cifras demuestran las diferentes prioridades de las comunidades autónomas en la orientación de su ayuda, así como el distinto grado de especialización en los sectores sanitarios.

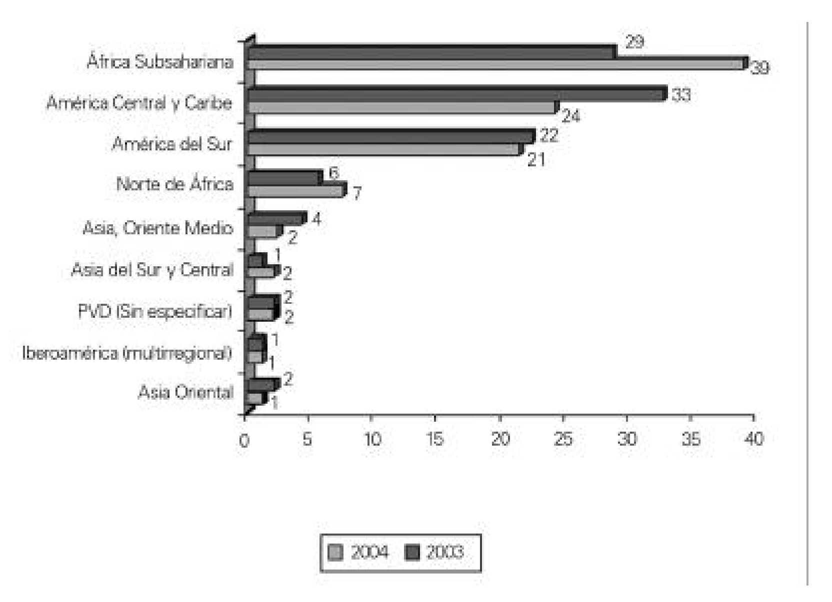
4. Distribución geográfica de la ayuda autonómica en salud

La cooperación española, incluyendo la descentralizada, se ha caracterizado históricamente por una fuerte orientación de los recursos hacia los países latinoamericanos. Desde 2001, la principal región receptora de la ayuda autonómica había sido América Central y Caribe y, globalmente, Latinoamérica había recibido más de la mitad de los fondos[69] . Sin embargo, en 2004 se observa un cambio en esta tendencia ya que África subsahariana es la primera región destinataria, correspondiéndole un 39% del total de la AOD sanitaria. Además, en términos agregados, el continente africano recibió un 46% de los fondos -correspondiendo el restante 7% al norte de África-, los mismos que el latinoamericano. Dentro de Latinoamérica, la región a la que se dedicaron mayores recursos fue América Central y Caribe, que recibió el 24%; América del Sur recibió el 21% y un 1% fue a parar a proyectos multirregionales latinoamericanos. En su conjunto, Asia sólo percibió el 5% de la AOD sanitaria. (gráfico 4. 5)

Si se analiza la distribución regional al interior cada uno de los subsectores sanitarios (cuadro 4. 7), se observa que el mayor peso otorgado a África subsahariana es debido, fundamentalmente, al aumento de los proyectos destinados a "salud general". Tradicionalmente, la región prioritaria en este subsector era América Central y Caribe, que en 2003 fue receptora del 66% de estos recursos, correspondiéndole el 24% a África subsahariana. En 2004 se invirtió esta tendencia y, mientras que América Central y Caribe sólo recibió el 16% de los fondos

69. MÉDICOS SIN FRONTERAS, MEDICUS MUNDI, PROSALUS Y MÉDICOS DEL MUNDO (2003). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003.
MEDICUS MUNDI, PROSALUS Y MÉDICOS DEL MUNDO (2004). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004.

Gráfico 4. 5 **CCAA: Distribución regional de la AOD en salud 2003-2004. (%)**



Fuente: datos del seguimiento del PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

de "salud general", África subsahariana fue destinataria del 57%. Teniendo en cuenta que el subsector "salud general" es el único que ha aumentado proporcionalmente respecto al resto de sectores sanitarios -pasando de un 15% a un 27%- encontramos aquí la explicación al aumento del peso relativo de África subsahariana en los datos agregados de cooperación sanitaria.

Por otra parte, esta región ha sido, tradicionalmente, la principal receptora de los fondos de "salud sexual y reproductiva" y, en 2004, recibió el 61% de los fondos dedicados a dicho subsector.

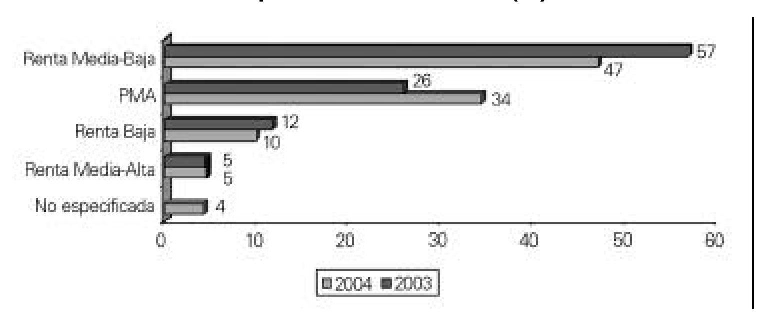
Estos datos explican también las cifras observadas en la distribución de la AOD sanitaria según los niveles de renta de los países destinatarios (gráfico 4. 6). Los países de África subsahariana se cuentan en su mayoría entre los países menos adelantados (PMA), lo que explica el aumento relativo de éstos en el total de la ayuda, pasando de recibir el 20% de los recursos en 2002, al 26% en 2003 y al 34% en 2004. Se trata de un cambio que debe juzgarse con tonos positivos,

Cuadro 4. 7 **CCAA: Distribución regional de la AOD por sectores de salud - 2004 (%)**

Regiones	Salud general	Salud básica	Salud sexual y reproductiva
Iberoamérica (multirregional)	3	0	0
América del Sur	15	27	12
América Central y Caribe	16	29	22
Asia Oriental	0	1	0
Asia del Sur	0	3	4
Asia, Oriente Medio	0	4	0
África Subsahariana	57	24	61
Norte de África	8	9	1
PVD (Sin especificar)	0	3	1
Totales	100	100	100

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

Gráfico 4. 6 **CCAA: Distribución de la AOD en salud por nivel de renta de países beneficiarios. (%)**



Fuente: datos del seguimiento del PACI 2003 y 2004 (DGPEPD)

aunque se deberá comprobar si esta tendencia se consolida en datos de 2005 y en años venideros. Además, la proporción de AOD sanitaria dedicada a los PMA por las comunidades autónomas es superior a la de la cooperación bilateral española es su conjunto que, en el año 2004, dedicó a los PMA el 31,1% de los recursos destinados a salud. Sin embargo, es necesario mencionar que esta tendencia en los sectores sanitarios no se replica en el resto de sectores ya que, del total de la AOD autonómica, tan sólo el 12,2% de los recursos se destina a los PMA, habiendo sido esta cifra del 11,2% en 2003.

En cualquier caso, es necesario destacar que, a pesar de la tendencia al aumento de los fondos destinados a PMA, la mayor parte de los recursos de AOD sanitaria -el 47%- se concentran en países de renta media-baja, siendo éste el caso de la mayor parte de los países latinoamericanos y norteafricanos.

Cuadro 4. 8 **CCAA: Cooperación con los países menos adelantados**

CCAA	AOD sanitaria-PMA (miles de €)	%AOD sanitaria PMA	%AOD- PMA (todos los sectores)
Generalitat de Valencia	3.278	81,3	18,5
Generalitat de Cataluña	1.752	60,2	10,4
Comunidad Foral de Navarra	1.224	26,5	15,5
Junta CC Castilla La Mancha	797	29,9	17,5
Junta de Andalucía	795	19,9	6,3
Comunidad Autónoma Vasca	495	22,6	13,0
Gobierno de Canarias	283	55,0	29,8
Principado de Asturias	270	20,3	13,4
Junta de Extremadura	216	25,9	7,2
Junta de Castilla y León	204	39,9	7,8
Gobierno de las Islas Baleares	172	18,6	10,6
Región de Murcia	128	95,0	18,5
Xunta de Galicia	111	13,7	11,0
Diputación General de Aragón	66	13,4	6,3
Comunidad de la Rioja	7	1,6	4,2
Comunidad de Madrid	0	0,0	9,3
Comunidad de Cantabria	0	0,0	4,3
Total	9.798	34,3	12,2

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

Según cálculos desagregados, si se analiza el porcentaje que destina cada una de las comunidades autónomas a la cooperación con PMA, se extraen dos conclusiones importantes (cuadro 4. 8): por una parte que, excepto Madrid, La Rioja y Cantabria, el resto de comunidades tienden a orientar más los proyectos hacia PMA cuando éstos corresponden al sector sanitario; por otro lado, que la cooperación con los PMA en el sector salud es muy heterogénea entre las diversas comunidades autónomas, mostrando las diversas prioridades de asignación geográfica y el distinto grado de orientación hacia la reducción de la pobreza de los proyectos financiados. Las comunidades que priorizan los PMA en su ayuda en el sector salud son: Murcia -que destina a los mismos un 95%- y Valencia - un 81%. Cataluña y Canarias también destinaron a los PMA más de la mitad de sus fondos de AOD sanitaria. Por su baja contribución destacan Madrid y Cantabria, que no financiaron ningún proyecto sanitario en un PMA.

Por último, resulta también interesante conocer qué países son los receptores de las ayudas. En el cuadro 4. 9 aparece una relación de los 10 países que mayores fondos de AOD sanitaria recibieron de las comunidades autónomas en 2004. El aumento de los fondos destinados a África subsahariana y a los PMA se debe en su mayor parte al notable incremento de las ayudas recibidas por Mozambique, que aumentaron en más de 3,5 millones de euros respecto a las

Cuadro 4. 9 **CCAA: 10 primeros países beneficiarios 2004**

PAIS	Total (euros)	% del total	Nivel renta*
Mozambique	4.693.999	16	1
Bolivia	2.007.117	7	3
Perú	1.726.943	6	3
Ecuador	1.368.537	5	3
Marruecos	1.208.191	4	3
Cuba	1.165.742	4	3
Guatemala	1.154.721	4	3
Honduras	1.055.533	4	3
Nicaragua	1.002.478	4	2
Congo, Rep.Dem.	874.264	3	1
Total	16.257.526	57	

* 1. Países menos adelantados 2. Países renta baja
3. Países renta media-baja 4. Países renta media-alta

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2004 (DGPEPD)

de 2003, siendo en 2004 el país destinatario del 16% del total de las ayudas autonómicas en salud. Sólo otro PMA, la República Democrática del Congo, entra dentro de los principales receptores y, sin embargo, recibió en 2004 menos fondos que en 2003.

De estas observaciones se deduce una insuficiente capacidad de planificación estratégica en la asignación geográfica de la AOD por parte de las comunidades autónomas, observándose una gran variación interanual en los países receptores de las ayudas.

5. Estudio de caso: La cooperación de la comunidad autónoma andaluza

5. 1. Introducción a la cooperación andaluza

La cooperación al desarrollo ha formado parte de la política de la Junta de Andalucía desde 1987, año en que la Consejería de Obras Públicas y Transportes empezó a ejecutar proyectos de rehabilitación de viviendas en Latinoamérica. Posteriormente, en 1990, la Junta de Andalucía comenzó a apoyar financieramente a ONG para la ejecución de proyectos de cooperación, a través de su Consejería de Presidencia.

Aunque algunas otras instituciones como universidades, sindicatos y ayuntamientos tenían una larga trayectoria de pequeñas actividades de cooperación internacional -incluso anteriores a las del gobierno autonómico-, la cooperación de los municipios y diputaciones andaluzas no se generalizó hasta más tarde, cobrando especial importancia tras la campaña en favor del 0,7% en 1994, aumentando sus fondos en un 300% entre ese año y 1995. En los años siguientes fueron sumándose como agentes de cooperación, no sólo los municipios más grandes, sino también los pequeños ayuntamientos y mancomunidades. Al involucrarse tal cantidad de actores, se hizo patente la falta de coordinación y coherencia entre las diversas políticas de cooperación y la falta de homogeneidad de criterios en la formulación, ejecución y evaluación de las propuestas. En respuesta a la conciencia de la necesidad de colaboración entre las diferentes entidades locales, en el año 2000, se funda el Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional (en lo sucesivo FAMSI), que en la actualidad cuenta con la representación de 36 ayuntamientos, 7 diputaciones, un consorcio y una mancomunidad, así como numerosos colaboradores.

También la Junta de Andalucía ha emprendido procesos de reforma. El punto de partida para varias de ellas fue la firma en 1998 del Pacto Andaluz por la Solidaridad, suscrito entre ésta y la Coordinadora Andaluza de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (CAONGD). En ese pacto se establecen los principios rectores y los objetivos generales y específicos para la política andaluza de cooperación al desarrollo, estableciendo un marco de referencia común para los diversos actores. Se apuntan también los ámbitos geográficos y sectoriales que serán prioritarios para Andalucía. Así mismo, se recogen una serie de compromisos presupuestarios -aunque poco concretos-, y la necesidad de dotar de un marco normativo e institucional a la cooperación andaluza.

En cumplimiento de lo acordado en dicho pacto se aprobó, el 22 de diciembre de 2003, la Ley Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo, que nació con la finalidad de articular todos los elementos que estaban configurando la política andaluza de cooperación y adecuarlos a la realidad y los retos del desarrollo. En esta ley se redefinen los principios rectores, las prioridades geográficas y sectoriales y los criterios básicos del sistema andaluz de cooperación, cuyo objetivo último es "ayudar a la erradicación de la pobreza humana mediante la promoción de un desarrollo socioeconómico y sociocultural sostenible". Se plantea además desde unos principios muy claros de igualdad con los países receptores de su ayuda "promoviendo el principio de asociación y de corresponsabilidad en la definición, ejecución y resultados" de la cooperación. "Ese mismo principio de igualdad exige de la cooperación un respeto por la equidad de género, por el medio ambiente y los recursos naturales y una defensa de la pluralidad cultural". Además, esta ley toma dos marcos clave de referencia: de un lado, la ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo; y de otro, las directrices establecidas por el CAD de la OCDE.

Además del marco normativo, también el marco institucional ha evolucionado. En un principio, las consejerías que tenían actividad en el campo de la cooperación eran diversas -Presidencia, Obras Públicas, Medio Ambiente y Asuntos Sociales- sin existir un organismo encargado de interrelacionar y coordinar estas acciones. A partir de 1996, la Consejería de Presidencia pasa a asumir esa función. Posteriormente, en 2004, se crea la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional (en lo sucesivo AACI), y se establecen sus funciones:

La coordinación y asesoramiento de las actuaciones de la Junta de Andalucía en materia de cooperación internacional al desarrollo. La AACI depende de la Consejería de Presidencia y, dentro de ésta, de la Secretaría General de Acción Exterior.

En la ley de cooperación andaluza, también se recoge la necesidad de establecer estrategias de planificación a medio plazo, así como de dotar al sistema andaluz de organismos capaces de coordinar a los diversos agentes, tanto al interior de la propia Junta de Andalucía -Comisión de Cooperación para el Desarrollo- como con otras organizaciones -Consejo Andaluz de Cooperación para el Desarrollo-. Así mismo, se prevé la creación de un Registro de Agentes de la Cooperación, en el que deberán inscribirse las ONG y otras entidades andaluzas que deseen obtener subvenciones de la Junta de Andalucía. En desarrollo de esta ley, se ha publicado el decreto 172/2005, de 19 de julio, por el que se regulan el Consejo Andaluz, la Comisión y el Registro de Agentes de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Por otro lado, los instrumentos de planificación que se prevén en la Ley de cooperación andaluza son: un plan andaluz de cooperación para el desarrollo, planes anuales y programas operativos para cada uno de los países prioritarios. Por el momento, ninguno de éstos está disponible. Se están llevando a cabo informes relativos a los países en los que la cooperación andaluza tiene mayor presencia. Hasta la fecha, están disponibles los relativos a Cuba, El Salvador, Honduras y Marruecos. La AACI ha establecido ya un plan de acción para la elaboración de estos instrumentos de planificación. Está prevista la creación, para finales de este mismo año 2005, de grupos-país en los que se trabaje sobre los contextos concretos para el establecimiento de las prioridades y los instrumentos de cooperación que se van a aplicar en cada caso y las acciones concretas. No está prevista la creación de grupos sectoriales, que permitan articular los programas de cooperación, por ejemplo, del sector salud. A partir de los programas operativos elaborados por estos grupos, se elaborarán el Plan Anual y el Plan Director de la Cooperación Andaluza.

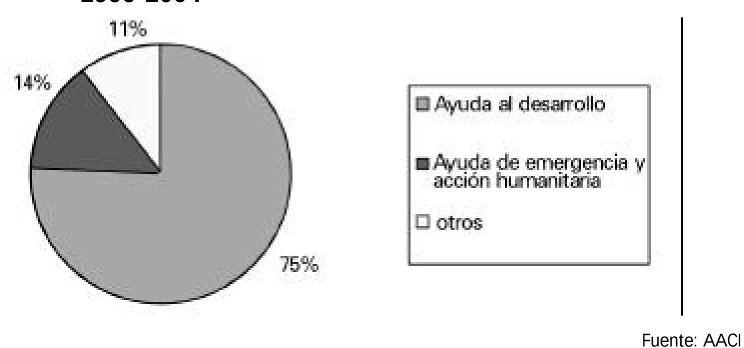
Por último, cabe mencionar cuál es la relación existente entre la Junta de Andalucía y otros actores de la cooperación. Ésta tiene una larga historia de colaboración con la AECI, a través de convenios de colaboración firmados en 1988, 1989 y 1997, y de su adhesión a los programas Vita, Nauta y Azahar. Tiene firmados también acuerdos de colaboración con la CAONGD y con sindicatos y asociaciones de empresarios de Andalucía. Por el contrario, no tiene firmado ningún convenio marco para la colaboración con FAMSI, por no existir una cooperación activa entre ambas ni ningún proyecto compartido. Cabe destacar las diversas declaraciones de intenciones que han sido firmadas con diferentes organizaciones internacionales, como ACNUR, la OPS/OMS o la Liga de los Estados Árabes.

En lo que se refiere a los aspectos cuantitativos de la cooperación andaluza,

conviene señalar que la información suministrada por la AACI y por la DGPEPD difieren ampliamente, sin haberse encontrado un motivo que justifique las diferencias observadas. La creación de la AACI y de los nuevos organismos para la colaboración entre los diversos agentes es muy positiva en cuanto va a centralizar y homogenizar la información, para unificar los datos relativos a los proyectos financiados por las diferentes consejerías y para adaptarlos a los criterios requeridos por el CAD. Para ello es necesaria la plena operatividad de la Comisión de Cooperación y del registro de agentes y que la transmisión de información relativa a los diferentes actores sea fluida y transparente.

La diferencia observada en la actualidad entre los datos de la AACI y la DGPEPD podría ser debida, al menos en parte, a que los datos de la AACI incluyen tanto fondos que se destinan a ayuda al desarrollo y a ayuda de emergencia y acción humanitaria como aquellos destinados a otros fines, como los programas que la Junta de Andalucía realiza con las personas inmigrantes, que no son computados por la DGPEPD como AOD. El grueso de los fondos de la AACI -un 75%- va destinado a la ayuda al desarrollo, mientras que a la acción humanitaria le corresponde un 14%, y un 11% se dedica a otros conceptos. (gráfico 4. 7)[70] . Otro factor que puede ser origen de divergencias en los datos es que la AACI no incluye en sus montos de cooperación lo correspondiente a los proyectos financiados por consejerías distintas a la de Presidencia. Sin embargo, estos montos se

Gráfico 4. 7 **J.A.: Composición de la financiación de la cooperación 1999-2004**



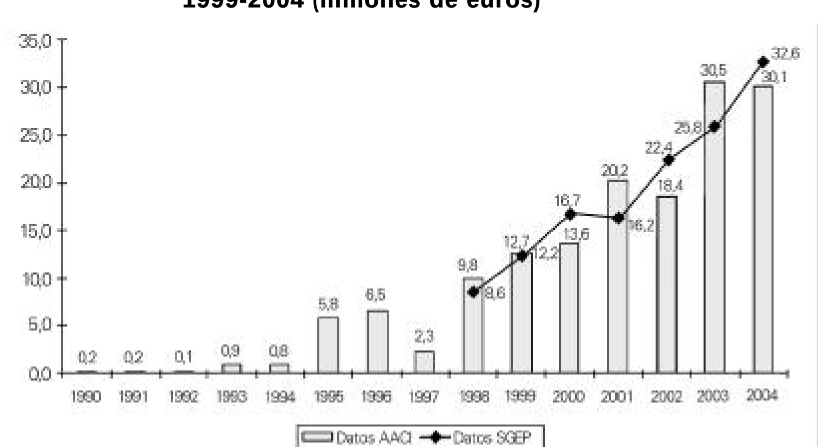
Fuente: AACI

70. En este gráfico se han agregado los datos desde 1999, año en que la Junta de Andalucía comenzó a destinar fondos a ayuda de emergencia y acción humanitaria.

comunican a la DGPEPD, por lo que los datos de esta última parecen ser más representativos del total de la cooperación de la Junta de Andalucía. A la luz de estas consideraciones, en adelante se tomarán como referencia, salvo que se indique lo contrario, los datos aportados por la DGPEPD.
Sobre los entes locales andaluces la información disponible es escasa, ya que muchos de ellos no informan a la DGPEPD. Son notables los esfuerzos por parte de FAMSI en este sentido, que ha creado un inventario detallado de proyectos, pero solamente recoge los datos relativos a 1999-2001, haciendo imposible un análisis actualizado. A este período nos referiremos al hablar de la cooperación de las administraciones locales andaluzas. En la actualidad, se está elaborando el nuevo volumen de este inventario relativo a los últimos años.

Los fondos destinados a cooperación por parte de la Junta de Andalucía han aumentado considerablemente desde sus comienzos. Tal y como ocurrió con el resto de la cooperación descentralizada, entre 1994 y 1995 se observó un gran crecimiento de los recursos -de un 600%- y la tendencia posterior, en general, ha sido creciente, aumentando en cerca de 30 millones de euros en los últimos 10 años. En 2004 el monto fue de 32,6 millones de euros (gráfico 4. 8).

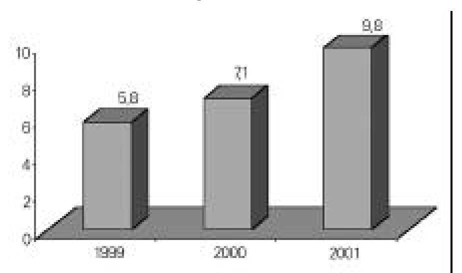
Gráfico 4. 8 **Evolución de la financiación de la cooperación 1999-2004 (millones de euros)**



Fuente: AACI y seguimiento de los PACI (DGPEPD)

Por lo que respecta a los entes locales -administraciones provinciales y municipales-, en las acciones inventariadas por FAMSI se observa un crecimiento del 70% en los montos destinados a cooperación entre los años 1999 y 2001, alcanzando casi los 10 millones de euros en 2001 (gráfico 4. 9)

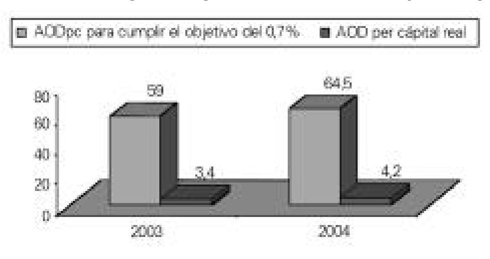
Gráfico 4. 9 **Entes locales andaluces: Evolución de la AOD (millones de euros)**



Fuente: FAMSI

Es también interesante, más allá de las cifras absolutas dedicadas a cooperación, conocer cuál es el esfuerzo relativo de la Junta de Andalucía en materia de ayuda. En 2004, ésta dedicó a cooperación el 0,03% de su PIB, un 0,15% de su presupuesto y unos 4,2 euros per cápita. Sin embargo, como ya se comentó en apartados anteriores, el cálculo del esfuerzo que está realizando la Junta de Andalucía se aproxima más al esfuerzo real si los fondos destinados por ésta a la ayuda al desarrollo se ponen en relación a los teóricos que le corresponderían para que el cálculo agregado de todas las administraciones españolas cumpliera el objetivo de destinar el 0,7% del PIB a AOD. Si se tiene en cuenta que el presupuesto de la comunidad autónoma andaluza fue el 8,9% del total de los presupuestos de las administraciones públicas españolas en el último año, se puede afirmar que a la Junta de Andalucía le correspondería aportar el 8,9% de ese 0,7%, es decir, 496 millones de euros. La AOD de la Junta de Andalucía de ese año fueron 32,6 millones, lo que supone un 6,6% de los fondos que ésta debería haber destinado a AOD, de acuerdo con el objetivo del 0,7%. Estas cifras nos hacen ver que Andalucía está aún lejos de cumplir con los compromisos en materia de ayuda. Un análisis semejante, pero en términos de AOD per cápita, nos lleva a las mismas conclusiones (gráfico 4. 10).

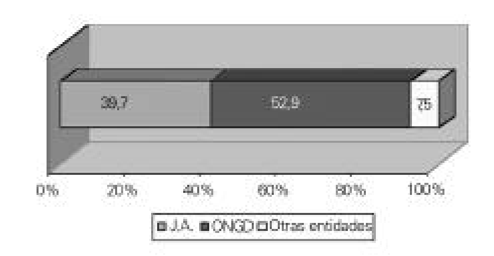
Gráfico 4. 10 **J.A.: AOD per cápita 2003 - 2004 (euros)**



Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

La Junta de Andalucía, en comparación con otras comunidades autónomas, ejecuta una parte importante de su presupuesto de forma directa (gráfico 4. 11), aunque las principales ejecutoras de ese presupuesto continúan siendo las ONGD que, entre 1990 y 2004, se responsabilizaron del 53% de los fondos. Sólo un 7, 5% de los fondos fueron destinados a otros actores, entre los que se incluyen universidades, sindicatos y administraciones locales.

Gráfico 4. 11 **Ejecución de la cooperación de la Junta de Andalucía (1990 - 2004) (%)**



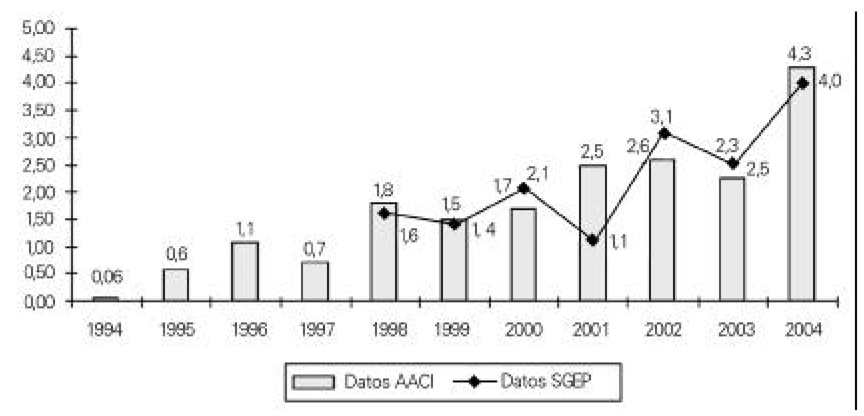
Fuente:AACI

5. 2. El sector salud en la cooperación andaluza

Si se analiza la cooperación realizada por la Junta de Andalucía en el sector salud (gráfico 4. 12), se observa que los fondos destinados a este sector, si bien han mostrado cierta tendencia al aumento, éste ha sido irregular. La misma variabilidad se observa si se atiende al peso representado por el sector salud en el total de

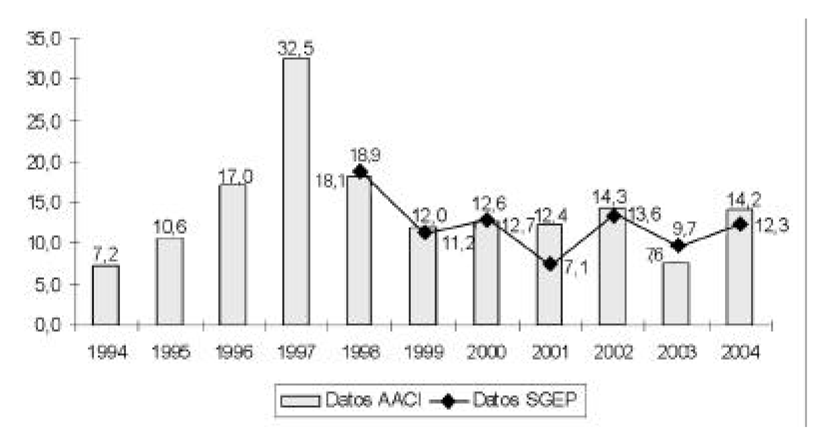
la AOD (gráfico 4. 13), mostrando la poca estabilidad de la composición sectorial de la ayuda andaluza. De forma agregada, en el período 1994-2004, según datos de la AACI, la Junta de Andalucía destinó a salud el 14, 4% de sus recursos de cooperación.

Gráfico 4. 12 **J.A.: Evolución de la AOD en salud 1994-2004 (millones de euros)**



Fuente: AACI y seguimiento de los PACI (DGPEPD)

Gráfico 4. 13 **J.A.: % de salud en la AOD 1994 - 2004**



Fuente: AACI y seguimiento de los PACI (DGPEPD)

Observando los datos relativos a 1997, año en el que la salud cobró mayor peso relativo, llegando a representar un 32,5% de la AOD, se concluye que su peso no se debió a un aumento desproporcionado de los recursos destinados a este sector ya que, de hecho, disminuyeron en ese año, sino que fueron el resultado de una disminución de la AOD a expensas de otros sectores no sanitarios. En 2003, por el contrario, fueron el resto de sectores los que aumentaron respecto al sanitario, que incluso disminuyó, reduciéndose, considerablemente, el peso relativo de este último. Estos hechos ponen de manifiesto una reducida consistencia en la especialización sectorial de la cooperación de la Junta de Andalucía, observándose gran variabilidad interanual en los sectores a los que se destinan los fondos.

En el año 2004, la Junta de Andalucía destinó 4 millones de euros a la cooperación en el sector salud, lo que corresponde a un 12% del total de su AOD y 0,5 euros per cápita. Esto supuso 1, 5 millones más que en 2003, representando un incremento del 60%. Comparándolo con el 10,6% que destinó a salud la cooperación española en su conjunto, se observa que la comunidad autónoma andaluza presenta una mayor dedicación a dicho sector.

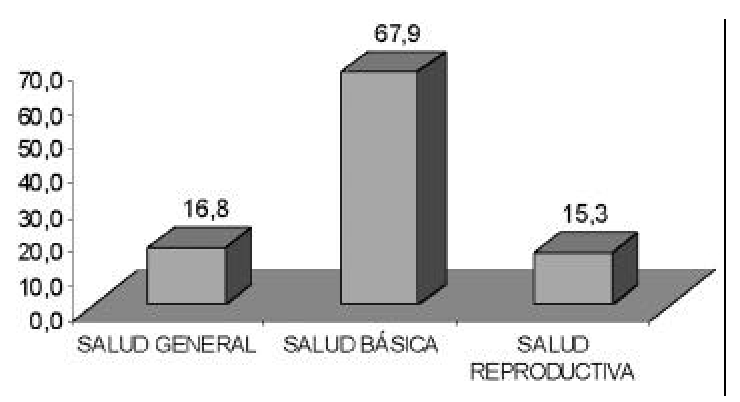
Haciendo un análisis cualitativo, cabe destacar que la AACI ha establecido marcos de colaboración con organizaciones supranacionales del ámbito sanitario como la OPS/OMS, lo que supone un esfuerzo por enmarcar sus actuaciones en iniciativas de mayor impacto.

Aparte de los actores mencionados, existen otros especializados en el sector salud que llevan a cabo acciones de cooperación: por un lado, el propio Servicio Andaluz de Salud (SAS) y, por otro, una empresa pública adscrita a la Consejería de Sanidad, la Escuela Andaluza de Salud Pública (en lo sucesivo EASP). El SAS realiza, fundamentalmente, donaciones de material sanitario y concesiones de permisos remunerados para el personal sanitario expatriado, por lo que muchas de sus acciones no quedan cuantificadas dentro del cómputo de la AOD de la Junta de Andalucía. La EASP trabaja, principalmente, ejecutando fondos europeos de cooperación y llevando a cabo consultorías, por lo que sus proyectos tampoco quedan registrados a través de la Junta de Andalucía. Sin embargo, aunque sus aportaciones no aparezcan reflejadas en términos económicos, ambas instituciones son muy importantes para el sistema andaluz de ayuda en cuanto pueden aportarle una experiencia acumulada en el sector sanitario y, especialmente en el caso de la EASP, en el campo de la cooperación al desarrollo en salud. Es preocupante la falta de colaboración efectiva entre la AACI y ambos organismos, lo que supone un freno al aprovechamiento de la experiencia y capacidad técnica que estas instituciones pueden ofrecer.

El análisis desagregado de la ayuda en salud se enfrenta al problema de que los datos de la AACI correspondientes a 2003 no se encuentran clasificados sectorialmente, por lo que se atenderá exclusivamente a los datos proporcionados por la SGPEPD.

La distribución sectorial del gasto en salud revela que las prioridades de la Junta de Andalucía son muy próximas a las del resto de las comunidades autónomas. Tomando un agregado de los últimos 6 años para conocer la tendencia de la cooperación andaluza, se observa que ésta viene otorgando la mayor proporción de sus recursos a la "salud básica", que absorbe el 68%, mientras que "salud general" y "salud sexual y reproductiva" representan únicamente el 17% y el 15% respectivamente. (gráfico 4. 14).

Gráfico 4. 14 **J.A.: Distribución sectorial AOD en salud (1990-2004)**

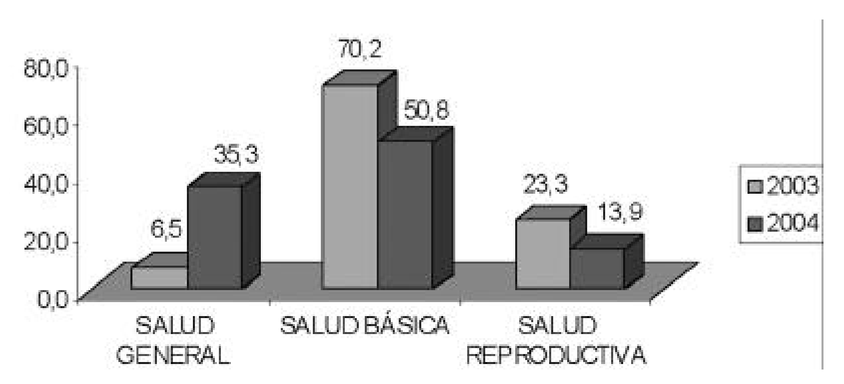


Fuente: Segumiento de los PACI (DGPEPD

Atendiendo específicamente a los datos referentes a los dos últimos años -2003 y 2004- se observa una gran variación, tanto interanual como en relación a la media de los últimos 6 años, lo que conlleva cierta inestabilidad en la composición subsectorial de la AOD sanitaria. En lo que respecta a 2004, por una parte, se consolida la tendencia de la cooperación andaluza a otorgar la mayor importancia a la "salud general" y la "salud básica". Sin embargo, se observa un notable incremento de los recursos destinados a la primera respecto a los datos de años anteriores. En 2004, la "salud general" fue el destino del 35% de los recursos, mientras que la "salud básica" lo fue del 51%. La salud sexual y reproductiva recibió aún menos que en 2003, tan sólo un 14% (gráfico 4. 15). Esta evolución

replica la experimentada en este período por el total de las comunidades autónomas de forma agregada. Comparando la distribución por subsectores con la respectiva de la cooperación sanitaria española en su conjunto - 22,3%, 66,3% y 11, 4% respectivamente- se observa que la tendencia es similar, aunque la Junta de Andalucía dedicó más recursos a "salud general" y a "salud sexual y reproductiva" en detrimento de la "salud básica".

Gráfico 4. 15 **J.A.: Distribución sectorial AOD en salud (2003-2004)**



Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

Si se desagrega la información en función de los subsectores a los que se destinan los fondos (cuadro 4. 10), se observa que aquellos con mayor peso dentro de la AOD sanitaria son la "atención sanitaria básica" y la "infraestructura sanitaria básica", juntos suponen más del 50% del total y absorben la mayoría de lo dedicado a "salud básica", en detrimento de otros subsectores de gran importancia como la formación del personal sanitario, cuyo peso es minoritario y no ha recibido fondos en los últimos dos años. Así mismo, es destacable no sólo la escasa financiación que recibe un área de suma importancia como es la "salud sexual y reproductiva", sino que el grueso de los gastos dentro de este concepto van dedicados a la "atención en salud reproductiva", encontrando escasa dedicación a la formación, los programas, las políticas y la gestión administrativa. La Junta de Andalucía no ha financiado ningún proyecto destinado a "política sanitaria y gestión administrativa", correspondiendo la mayoría de lo incluido en "salud general" a proyectos relacionados con los "servicios médicos".

La cooperación andaluza presenta, en general, una predisposición clara hacia la provisión de servicios e infraestructuras sanitarias, mostrando un interés menor por otros conceptos, que son precisamente aquellos en los que se está poniendo el mayor énfasis en los últimos tiempos.

Esta distribución por subsectores diverge en algunos aspectos con la observada para la cooperación española en su conjunto. Ambas dedican el grueso de los recursos destinados a "salud básica" a los componentes relacionados con la

Cuadro 4. 10 **Junta de Andalucía: Distribución sectorial de AOD, 1999-2004 (Miles euros)**

Sectores	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL	%
SALUD GENERAL	0	326	0	478	163	1413	2.380	16,8
Política sanitaria y gestión admn.	0	0	0	0	0	0	0	0,0
Enseñanza y formación médicas	0	0	0	68	113	367	548	3,9
Investigación médica	0	0	0	63	0	165	228	1,6
Servicios médicos	0	326	0	347	50	881	1.604	11,3
SALUD BÁSICA	1.181	1.627	975	2.072	1.754	2.034	9.643	67,9
Atención sanitaria básica	636	837	293	848	697	715	4.026	28,3
Infraestructura sanitaria básica	387	420	433	656	779	1.019	3.694	26,0
Nutrición básica	0	74	61	556	278	0	969	6,8
Control de enf. Infecciosas	0	0	188	3	0	300	491	3,5
Educación sanitaria	158	153	0	0	0	0	311	2,2
Formación de personal sanitario	0	143	0	9	0	0	152	1,1
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	188	171	177	505	583	555	2.179	15,3
Programas y políticas sobre PSR	0	0	0	0	0	24	24	0,2
Atención en salud reproductiva	129	0	177	296	583	274	1.459	10,3
Planificación familiar	59	64	0	0	0	0	123	0,9
Lucha contra ETS (incl: sida)	0	0	0	209	0	257	466	3,3
Formación para población y sr	0	107	0	0	0	0	107	0,8
Total año y total salud	1.369	2.124	1.152	3.055	2.500	4.002	14.202	100

Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

"atención sanitaria básica" y las "infraestructuras básicas". Sin embargo, en lo que se refiere al subsector de "salud general" la cooperación española dedica mayores fondos a la "política sanitaria y gestión administrativa" -un 10, 7% del total de AOD sanitaria- lo cual contrasta en gran medida con la cooperación de la Junta de Andalucía, que no ha financiado ningún proyecto relacionado con este componente. Por último, la Junta de Andalucía dedica menor proporción de recursos que el conjunto de la cooperación española a la "lucha contra ETS, incluyendo el VIH/sida", que para esta última es el componente prioritario del subsector de "salud sexual y reproductiva".

Por último, resulta interesante atender a cuáles son los actores que ejecutan los proyectos de salud financiados por la Junta de Andalucía (cuadro 4. 11) y compararlo con aquellos que ejecutaban la AOD total. Se puede observar que en el sector salud la ejecución directa de proyectos tiene todavía menos peso, siendo las ONGD las principales ejecutoras de los fondos, especialmente en los últimos años, con cuotas que rondan el 90%.

Cuadro 4. 11 **Ejecución de la AOD en salud de la Junta de Andalucía (%)**

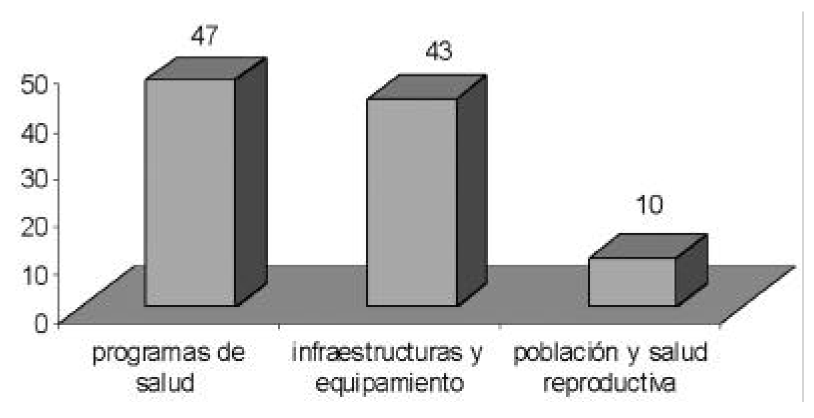
	Agregado 1993-2002	2003	2004
J.A.	33,3	7	11, 4
ONGD	66,7	93	88,6

Fuente: AACI

En lo referente a las entidades locales andaluzas, en el período 1999-2001, dedicaron al sector salud 3,6 millones de euros, el 16% del total de su AOD[71] . En cuanto a los subsectores de salud que recibieron los fondos, puede observarse que los mayoritarios son los relativos a "programas de salud" que incluyen formación, atención, promoción, apoyo a la planificación ... y a "inversión en infraestructuras y equipamiento en salud", que contempla la construcción de hospitales, mejora de instalaciones y adquisición de equipo especializado (gráfico 4. 16). Dado que los criterios de inclusión de los proyectos en el sector

71. FONDO ANDALUZ DE MUNICIPIOS PARA LA SOLIDARIDAD INTERNACIONAL (FAMSI) "Cooperación Internacional de Entidades Locales en Andalucía. Inventario-Evaluación de la Cooperación Internacional al Desarrollo de Entidades Locales andaluzas. Primera parte: 1999-2001". Marzo 2003.

Gráfico 4. 16 **EELL. andaluces: Distribución sectorial de la AOD sanitaria (1999 - 2001) (%)**



Fuente: FAMSI

salud pueden ser diferentes a los utilizados por la DGPEPD y, dado que la clasificación por subsectores no se ajusta a las categorías establecidas por el CAD, existe una limitación para la comparación de los datos de las entidades locales con los de la Junta de Andalucía.

La Junta de Andalucía, en 2004, destinó a las necesidades sociales básicas 8,9 millones de euros, el 27% de su AOD, lo cual cumple con los compromisos internacionales de dedicar al menos el 20%. Dentro de este agregado, se observa que el porcentaje dedicado a salud es menor en 2004 que en 2003 (cuadro 4. 12). Sin embargo, el monto total no descendió, pasando de 2,4 a 2,6 millones de euros. El cambio en las cuotas se debe al notable incremento que experimentaron los proyectos dedicados a "otros sectores" no incluidos en los sectores sanitarios ni educativos, como son los relacionados con el agua potable y el saneamiento -que no se incluyen entre los sectores sanitarios a pesar de formar parte de la Atención Primaria de Salud- y los proyectos multisectoriales para servicios sociales básicos que, en conjunto, concentraron casi el 60% de lo destinado a necesidades sociales básicas. El monto destinado a sectores educativos apenas varió entre 2003 y 2004, por lo que su peso relativo cayó. Dentro de los sectores sanitarios, cabe mencionar que la mayoría -el 79%- se destina a "salud básica", siendo la "salud sexual y reproductiva" el 21%.

Cuadro 4. 12 **Componentes de las necesidades sociales básicas 2003/04 (%)**

	Descripción del Sector	2003	2004
SALUD		43,0	29,2
	SALUD BÁSICA	75,1	78,6
12220	Atención sanitaria básica	29,8	27,6
12230	Infraestructura sanitaria básica	33,3	39,4
12240	Nutrición básica	11,9	0,0
12250	Control enfermedades infecciosas	0,0	11,6
12261	Educación sanitaria	0,0	0,0
12281	Formación personal sanitario	0,0	0,0
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	24,9	21,4
13010	Política sobre población y gestión admin.	0,0	0,9
13020	Atención salud reproductiva	24,9	10,6
13040	Lucha contra ETS	0,0	0,0
13030	Planificación familiar	0,0	9,9
13081	Formación para población y sr.	0,0	0,0
EDUCACIÓN		27,5	11,2
11220	Educación Primaria	88,2	60,6
11230	Capacitación básica de jóvenes y adultos	11,8	39,4
11240	Educación Primaria Infancia	0,0	0,0
OTROS		29,5	59,6
14020	Distribución de agua y saneamiento -sistemas de envergadura	15,8	22,7
14030	Distribución de agua potable y saneamiento básicos	33,4	8,4
16050	Ayuda multisectorial para SSB	50,8	68,9

Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

5. 3. Distribución geográfica de la ayuda en salud

El destino geográfico de la ayuda sanitaria de la Junta de Andalucía se ha caracterizado por una gran variabilidad interanual, demostrando la falta de una prioridad clara de los países y regiones destinatarios de su cooperación. Entre los años 1999 y 2002, los datos agregados muestran que las regiones que han absorbido la mayor parte de los recursos han sido África subsahariana y Centroamérica y Caribe, que coinciden con las áreas de mayor dedicación de la cooperación descentralizada en su conjunto. Comparativamente destaca, sin embargo, una focalización de la AOD andaluza hacia los países del norte de África, que recibieron un 23% de los fondos de ese período. Dentro del continente asiático, la cooperación andaluza atiende especialmente a la región de Oriente Medio aunque, comparado con el resto de regiones, los recursos destinados son escasos, representando únicamente el 4% (cuadro 4. 13).

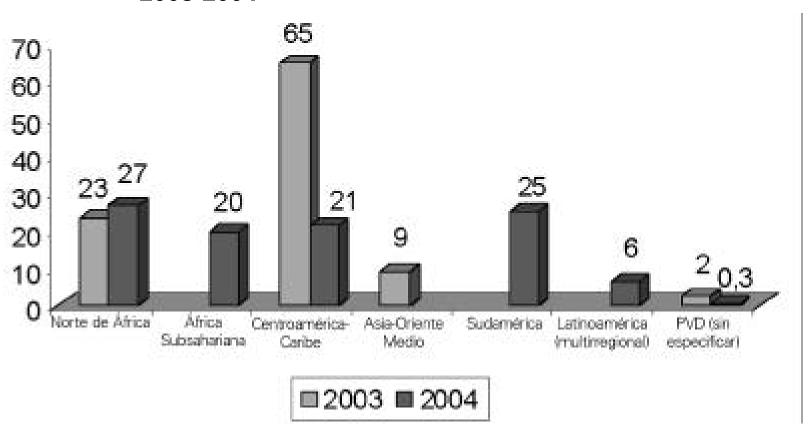
Cuadro 4. 13 **J.A.: Evolución de la distribución geográfica en AOD en salud (%)**

Regiones	Media simple 99-02	2003	2004
Norte de África	23,3	23,5	26,8
África subsahariana	30,8		19,9
Centroamérica-Caribe	25,9	65,0	21,4
Asia-Oriente Medio	4,0	9,1	
Sudamérica	15,9		25,3
Latinoamérica (multirregional)			6,4
PVD (sin especificar)	0,1	2,4	0,3
TOTAL	100	100	100

Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

En 2004, el 25% de los recursos se destinaron a Sudamérica que, sin embargo, no había sido receptora de ningún proyecto en 2003, algo similar a lo que se observa en África subsahariana, que recibió el 20% de la AOD sanitaria de 2004. Centroamérica y Caribe, por el contrario, pasó de recibir 1,6 millones en 2003 a 0,9 en 2004, lo que supuso una reducción del 47% de los fondos y una importante caída en su peso relativo respecto al resto de regiones, pasando del 65 al 21%. En conjunto, en 2004, Latinoamérica recibió el 52% de la AOD sanitaria, África el 47% y no se financió ningún proyecto en Asia (gráfico 4. 17).

Gráfico 4. 17 **J.A.: Distribución geográfica de la AOD sanitaria en 2003-2004**



Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

Esta distribución regional se refleja en la distribución de la AOD sanitaria en función del nivel de renta de los países destinatarios. La mayor cantidad de recursos se dirige a países de renta media-baja, que absorbieron un 66% de los recursos entre 1999 y 2002 (cuadro 4. 14). Respecto a años anteriores, es menor la proporción que se dedica a PMA, rompiendo un comportamiento previo de la Junta de Andalucía, que destacaba, en términos relativos al resto de las comunidades autónomas, por su mayor atención a este grupo de países. Esta proporción ha disminuido en los dos últimos años, siendo del 20% en 2004. Llama la atención que en 2003 no se financió ningún proyecto en un PMA.

Cuadro 4. 14 **J.A.: Evolución de la distribución de la AOD en salud en función del nivel de renta (%)**

Regiones	Media simple 99-02	2003	2004
PMA	32,8	0,0	19,9
Renta baja	1, 4	17,9	0,0
Renta media-baja	65,7	82,1	73,4
Renta media-alta	0,1	0,0	0,0
No especificado	0,0	0	6,7
TOTAL	100	100	100

Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

En los dos últimos años, los países de renta media-baja, en su mayoría países de Latinoamérica y el norte de África, se consolidan como los principales receptores de la ayuda sanitaria de la Junta de Andalucía, suponiendo un 82% de la misma en 2003 y un 73% en 2004 (gráfico 4. 18). Lo destinado a los países menos adelantados, especialmente África subsahariana, fue un 20% y no se destinaron recursos a los países de renta baja.

Gráfico 4. 18 **J.A.: Distribución AOD en salud según el nivel de renta (%)**

Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

Por último, es interesante observar cuáles fueron los países receptores. Se observa que Marruecos concentra el 26% del total de los recursos, recibiendo más de un millón de euros, casi el doble que el segundo país receptor: Ecuador. La cooperación con Marruecos, a pesar de estar consolidada dentro del sistema andaluz de ayuda, es muy inestable y ha oscilado entre no recibir ninguna financiación -en el año 2000- y ser el primer receptor de la ayuda -como es el caso de 2004. Lo mismo se puede decir de la cooperación con Cuba, otro de los países en los que la cooperación andaluza tiene mayor presencia, que recibió el 2% de los recursos en 2002 y, posteriormente, el 47% de los de 2003, año en que fue el principal receptor. En 2004 fue el destino del 14% de los fondos. Por último, llama la atención que Ecuador sea el segundo receptor de las ayudas de 2004, ya que es un país con el que la Junta de Andalucía no había cooperado en los tres últimos años.

Cuadro 4. 15 **J.A.: Países beneficiarios de la AOD en salud -2004**

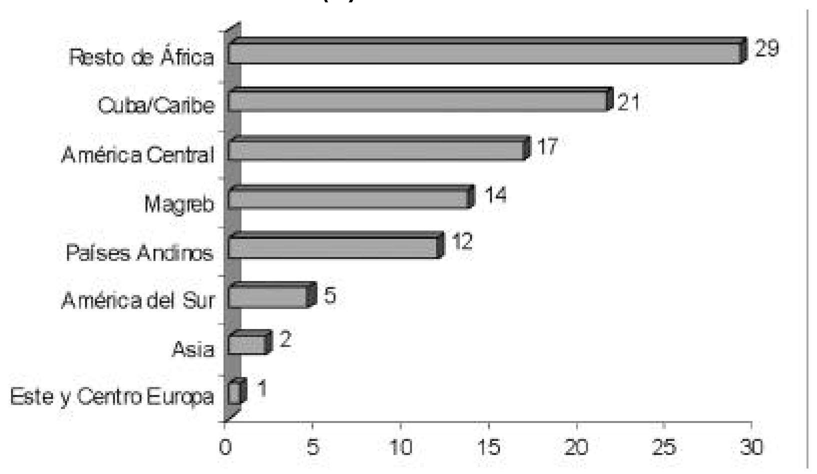
País	Total (euros)	%	Nivel renta	Región
Marruecos	1.046.984	26	3	Norte de África
Ecuador	590.941	15	3	América del Sur
Cuba	556.991	14	3	América Central y Caribe
Mauritania	299.849	7	1	África subsahariana
El Salvador	299.300	7	3	América Central y Caribe
Burkina Faso	273750	7	1	África subsahariana
Bolivia	248152	6	3	América del Sur
Burundi	221721	6	1	África subsahariana
Perú	148477	4	3	América del Sur
Túnez	24.000	1	3	Norte de África
Colombia	23.360	1	3	América del Sur
No especificado	268.521	7		
Total	4.002.046	100		

Fuente: seguimiento de los PACI (DGPEPD)

La distribución regional de la AOD de las entidades locales andaluzas es bastante similar a la de la administración autonómica aunque, en este caso, el mayor porcentaje de recursos se destina a Centroamérica y Caribe, que reciben el 38% de los recursos (gráfico 4. 19). El 21% del total va destinado al Caribe y, dentro de éste, el 80% se dedica a la cooperación con Cuba. La segunda región receptora de AOD es África Subsahariana, que percibe un 29% de los fondos. El Magreb es receptor del 14% de la AOD, correspondiendo el 64% a cooperación con los campamentos saharauis y, en un segundo plano, a Marruecos. Dentro de América del Sur, la región andina es la que más recursos recibe. Los fondos destinados al resto de Sudamérica, Asia y Europa son menores.

A modo de resumen, podemos afirmar que la Junta de Andalucía ha emprendido en los últimos años procesos de reformas interesantes que, de concluirse satisfactoriamente, dotarían a la cooperación andaluza de un marco normativo e institucional que la situarían entre las comunidades autónomas más avanzadas en este aspecto. El punto de partida para varias de estas reformas fue la firma en

Gráfico 4. 19 **EELL. andaluces.: Distribución regional de la AOD sanitaria 1999 - 2001 (%)**



Fuente: FAMSI

1998 del Pacto Andaluz por la Solidaridad, suscrito entre ésta y la Coordinadora Andaluza de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (CAONGD). En este pacto se establecen los principios rectores y los objetivos generales y específicos para la política andaluza de cooperación al desarrollo, estableciendo un marco de referencia común para los diversos actores.

Pero este avance en los aspectos normativos debe acompañarse de una planificación que concrete el compromiso público de la cooperación andaluza y los principios que la guían. Así mismo, deberá desarrollar las prioridades geográficas y sectoriales que se apuntaban en el pacto de 1998, para dar mayor consistencia temporal a sus decisiones y evitar cambios innecesarios de orientación.

Los fondos destinados a cooperación por parte de la Junta de Andalucía han aumentado considerablemente desde sus comienzos. Tal y como ocurrió con el resto de la cooperación descentralizada, entre 1994 y 1995 se observó un gran crecimiento de los recursos -de un 600%- y la tendencia posterior, en general, ha sido creciente, aumentando en cerca de 30 millones de euros en los últimos 10 años. En 2004 el monto fue de 32,6 millones de euros, de los cuales destinó 4 millones a la cooperación en el sector salud, lo que corresponde a un 12% del total de su AOD. Por su peso dentro del estado español, es inexcusable que la

Junta de Andalucía siga incrementando los fondos que destina a cooperación y, específicamente, a salud.

Dentro del sector salud, en lo que respecta a 2004, se consolida la tendencia de la cooperación andaluza a otorgar la mayor importancia a la "salud general" (35%) y la "salud básica" (51%), en detrimento de la salud sexual y reproductiva que recibió aún menos que en 2003, tan sólo un 14% de los fondos destinados al sector salud. Otras carencias que observamos es la falta de apoyo a políticas de gestión en salud y a programas de lucha contra el sida.

Si atendemos a las prioridades geográficas, observamos que, en 2004, Latinoamérica recibió el 52% de la AOD sanitaria y África el 47%. La mayor cantidad de recursos va dirigida a países de renta media-baja, que absorbieron un 73,4% de los recursos. Respecto a años anteriores, es menor la proporción que se dedica a PMA, rompiendo así con un comportamiento previo de la Junta de Andalucía, que destacaba, en términos relativos al resto de las comunidades autónomas, por su mayor atención a este grupo de países. Esta proporción ha disminuido en los dos últimos años, siendo del 20% en 2004.

Por otro lado, la cooperación andaluza no es ajena a los problemas de coordinación que se dan entre los diferentes actores que intervienen. Aunque parece que existe un diálogo fluido entre las instituciones públicas y la sociedad civil, no parece suceder lo mismo entre las distintas instituciones públicas andaluzas. Los esfuerzos que la Junta de Andalucía realiza para coordinarse con actores como la AECI o ACNUR, debería acometerlos con instituciones públicas andaluzas como el FAMSI, la escuela de Salud Pública o el SAS. Es necesario que todos los agentes públicos andaluces se coordinen para ganar en experiencia, evitar solapamientos y mejorar el impacto de sus acciones de cooperación.

Finalmente, señalamos que las ONGD son las principales ejecutoras de los fondos que la cooperación andaluza destina a salud, especialmente en los últimos años, con cuotas que rondan el 90%.



LA SALUD EN LA ACCIÓN HUMANITARIA

El aumento del número y la complejidad de las crisis humanitarias en los últimos años nos lleva a dedicar un capítulo a la acción humanitaria dentro del Informe 2005. En informes anteriores se trató de mostrar de forma resumida la participación del sector salud en la acción humanitaria (2002), analizar las debilidades de la cooperación española en lo relativo a la acción humanitaria (2003), analizar el gasto en acción humanitaria (2003 y 2004), aclarar el concepto de acción humanitaria y el papel de las Fuerzas Armadas en la acción humanitaria (2003) y de relacionar salud y seguridad alimentaria (2004).

En el Informe 2005 profundizaremos en el concepto de acción humanitaria, su evolución y los principios en los que se fundamenta; revisaremos la base del derecho humanitario internacional así como la política de las principales agencias en materia de acción humanitaria; se presentará de manera esquemática en qué consiste la intervención sanitaria dentro de la acción humanitaria y los criterios de calidad existentes; para terminar con un análisis de los retos a los que se enfrenta actualmente la acción humanitaria.

1. Las crisis humanitarias

La acción humanitaria se desarrolla en el entorno de las crisis humanitarias. Definimos estas crisis como situaciones en las que existe una amenaza excepcional y generalizada para la vida humana, la salud o la subsistencia. Las causas pueden ser desastres naturales y/o conflictos armados. El hecho de que un desastre natural o un conflicto armado se convierta en una crisis humanitaria depende en gran medida del grado de vulnerabilidad de la población.

Según el Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz Alerta 2005! que elabora la Escola de Cultura de Pau, el año 2004 fue desolador. Se produjeron crisis humanitarias en 44 países, en 41 se registraron situaciones de emergencia alimentaria como consecuencia de conflictos armados, desastres naturales, el VIH/sida o la marginación; en 48 se han vivido situaciones que han motivado desplazamientos masivos y en 69 países se han presentado movimientos de personas que han buscado refugio en el exterior. El número de conflictos armados contabilizados en 2004 fue de 25, más que en 2003. Por otra parte, las situaciones de tensión y disputas de alto riesgo pasaron de 52 a finales de 2003

a 58 a finales de 2004. El panorama se puede completar con otros datos aportados por OCHA: 200 millones de personas se vieron afectadas en 2003 por desastres naturales, mientras que otros 45 millones necesitaron en ese mismo año asistencia para salvar sus vidas, y el número de desplazados internos por conflictos duplica al de refugiados.

La última década se ha caracterizado por un aumento del número de desastres naturales que han causado gran cantidad de vidas perdidas e importantes daños materiales. Hoy en día, como hemos podido comprobar tras el maremoto de Asia, millones de personas corren el riesgo de perder la vida cada vez que un terremoto o huracán se presenta. El riesgo es mayor en países empobrecidos, con escaso desarrollo de infraestructuras, alta densidad de población e inadecuados sistemas de respuesta ante desastres. Como muestra de esta vulnerabilidad cabe decir que según el CICR y UN cada desastre natural produjo una media de 51 víctimas mortales en promedio mundial durante el periodo 1994-2003, mientras que la cifra en países empobrecidos es de 589.

Actualmente, muchas crisis se enmarcan el ámbito de las denominadas emergencias complejas[72] , definidas como crisis crónicas o agudas en las que coinciden violencia, desplazamiento de la población, inseguridad alimentaria, aumento de la tasa de malnutrición y mortalidad, asistencia humanitaria a gran escala y riesgo para la seguridad del personal humanitario. El término de emergencias complejas es, en realidad, un eufemismo que enmascara una situación en la que se producen violaciones masivas de los derechos humanos. La Declaración del Milenio establece como prioridades la protección de los más vulnerables y el desarrollo de una cultura de protección, marcando la necesidad de extender y fortalecer la protección de civiles en emergencias complejas, de conformidad con el derecho internacional.

En el contexto actual resulta muy difícil el trabajo de las organizaciones humanitarias. Prueba de ello es la gran cantidad de crisis y su complejidad, la multiplicidad de actores en el terreno, los intereses políticos de las agencias gubernamentales de cooperación, la impunidad ante repetidas violaciones de los derechos humanos de las víctimas, la presión de la opinión pública y los medios de comunicación para centrar la atención en determinadas crisis, el no afrontar las causas de las crisis (entre las que hay que citar en primer lugar la pobreza), la retirada del apoyo

72. Término acuñado por Naciones Unidas a finales de los años 80 para describir el carácter diferenciado de las grandes crisis surgidas después de la Guerra Fría. Se utilizó, inicialmente, para aludir a la situación existente en Mozambique y Sudán.

externo en la fase de transición de la emergencia, o la falta de seguridad para los trabajadores humanitarios.

En los últimos años se ha tomado conciencia de la necesidad de implicar a la mujer en la prevención y solución de los conflictos y de poner en marcha iniciativas que acaben con la impunidad por delitos cometidos contra la mujer durante los conflictos, sin embargo, no se ha traducido en mejoras tangibles. La resolución 1.325/2000 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas sobre mujeres, paz y seguridad complementa y apoya otros instrumentos internacionales relativos a los derechos de las mujeres (Convención sobre la eliminación de todas las normas de discriminación contra la mujer y la declaración y plataforma de acción de Bejing); además reconoce que las mujeres y los niños constituyen la mayoría de las personas que se ven perjudicadas por los conflictos armados. En dicha resolución se insta a la participación de la mujer en pie de igualdad con el hombre y a su plena integración en las labores de mantenimiento y promoción de la paz y la seguridad, al tiempo que se reafirma la necesidad de proteger a las mujeres y a las niñas frente a violaciones de sus derechos humanos. Será necesario un esfuerzo coordinado por parte de todos los actores humanitarios para que estas recomendaciones se apliquen en todos los conflictos.

2. Concepto de acción humanitaria y evolución histórica

2. 1. Concepto de acción humanitaria

En la página 80 del informe La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, correspondiente al año 2003, se aborda el concepto de acción humanitaria y se establecen las diferencias con el de ayuda de emergencia. En el presente informe profundizamos en el tema y aportamos nuevos elementos.

El uso coloquial amplio e impreciso del término contribuye a crear dificultades. Muchas veces se utilizan, indistintamente, los términos ayuda humanitaria, acción humanitaria, ayuda de emergencia o socorro humanitario cuando en realidad difieren unos de otros.

El término socorro (equivalente al inglés relief) es poco usado en el idioma castellano, se prefiere el término ayuda de emergencia. **Ayuda de emergencia** es la ayuda proporcionada con carácter de urgencia a las víctimas de desastres desencadenados por catástrofes naturales o conflictos armados, la provisión

gratuita de bienes y servicios esenciales para la supervivencia inmediata. Tiene un marco temporal limitado a 6 meses o 12, como máximo.

La **ayuda humanitaria** incluye la ayuda de emergencia y la ayuda en forma de operaciones prolongadas para refugiados y desplazados internos. El Programa Mundial de Alimentos (PMA) puso en marcha este tipo de operaciones en 1989, tras haber realizado ayuda de emergencia con objeto de dar asistencia a dichos grupos, que en ocasiones precisan asistencia por largo tiempo hasta que se resuelvan las causas que motivaron su huida.

La **acción humanitaria** encierra un contenido más amplio que el de ayuda humanitaria. Incluye no solo la provisión de bienes y servicios básicos para la supervivencia, sino también la protección de las víctimas y el respeto a sus derechos fundamentales: defensa de derechos humanos, testimonio, denuncia, presión política y acompañamiento.

A pesar de la dificultad que conlleva se han elaborado definiciones consensuadas. Así, la CONGDE[73] define la acción humanitaria como el conjunto diverso de acciones de ayuda a las víctimas de desastres, desencadenados por catástrofes naturales o por conflictos armados, orientadas a aliviar su sufrimiento, garantizar su subsistencia, proteger sus derechos fundamentales y defender su dignidad, contribuyendo, además, a frenar la descomposición del tejido económico y social y sentar las bases para la rehabilitación y el desarrollo. Esta misma definición había sido utilizada previamente por Pérez de Armiño[74] en su Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo.

De esta definición, según la CONGDE, se desprende lo siguiente:

- La acción humanitaria está dirigida a la población más vulnerable y necesitada, sin discriminación alguna (por su nacionalidad, raza, sexo, creencia política o religiosa), con imparcialidad, neutralidad e independientemente de consideraciones políticas.
- La acción humanitaria se desarrolla en un marco temporal amplio en la medida en que comprende una ayuda permanente en casos de crisis crónicas, de actividades de rehabilitación, de prevención de catástrofes y refuerzo de capacidades, así como acciones que contribuyan a aportar soluciones duraderas.

73. La acción humanitaria en la cooperación española. Aportaciones para el Plan Director 2005-2008. Julio 2004. Las tres organizaciones responsables de la elaboración del presente informe forman parte de la CONGDE y participaron en la elaboración del documento, por tanto suscriben la definición.

74. Pérez de Armiño, Karlos (dir). Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo. Icaria editorial. Barcelona 2002.

- La intervención se realizará en consonancia con el mandato de cada organización, en un marco de total transparencia, coherencia y coordinación, siempre que sea posible, a todos los niveles y con todos los actores.
- La acción humanitaria facilitará la participación de la población local en el diseño y ejecución de las intervenciones, para poder responder eficaz y eficientemente a sus necesidades desde el respeto a sus condicionantes sociales y culturales.

Las organizaciones que forman parte de la CONGDE se han comprometido a reforzar las capacidades de gestión de las instituciones y organizaciones locales, evitando crear estructuras paralelas para la ocasión, favoreciendo la organización local de manera que se generen mecanismos eficaces y eficientes que permitan a la población local actuar ante eventuales y futuras emergencias.

Sin embargo, el concepto que se maneja en la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID)[75] vigente en España es el de ayuda humanitaria, que se define como "el envío urgente, con carácter no discriminado, del material de socorro necesario, incluida la ayuda alimentaria de emergencia, para proteger vidas humanas y aliviar la situación de las poblaciones víctimas de catástrofe natural o causadas por el hombre o que padecen una situación de conflicto bélico". Este concepto resulta más restrictivo ya que no incluye expresamente la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas aunque incluye la promoción del "respeto al derecho humanitario". Es de destacar que en el Plan Director 2005-2008[76] se reconoce que "la carencia de una definición clara de la acción humanitaria ha dado lugar a incoherencias y problemas en las actuaciones de la cooperación española tanto por exceso como por defecto."

Por su parte, el CAD utiliza el término ayuda humanitaria en lugar de acción humanitaria e incluye los siguientes sectores:
- Ayuda alimentaria de emergencia.
- Ayuda de emergencia / catástrofes.
- Ayuda a refugiados en el país donante.
- Ayuda a refugiados en el país beneficiario.

A esos cuatro sectores habituales se ha incluido en 2005 un quinto sector: ayuda para la reconstrucción

75. Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, artículo 12.
76. Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Enero 2005

2. 2. Evolución histórica de la acción humanitaria

El concepto de acción humanitaria es reciente, aunque pueden encontrarse antecedentes de la idea contemporánea de la acción humanitaria en diferentes culturas y religiones, habiéndose plasmado a lo largo de la historia en concepciones como la beneficencia, la caridad o la filantropía. Así, por ejemplo, hay que citar las órdenes religiosas que en la Edad Media se ocupaban de heridos o enfermos que la realeza no protegía. La atención sanitaria de las víctimas siempre ha sido componente fundamental de la acción humanitaria y se puede afirmar que los trabajadores sanitarios han sido responsables en gran medida de los cambios que se han ido introduciendo.

Los orígenes del concepto actual se sitúan en la segunda mitad del siglo XIX. El empresario suizo Henri Dunant fue testigo del abandono de los heridos en la batalla de Solferino (1859) y plasmó su experiencia en el libro "Un recuerdo de Solferino". En el libro se proponía que cada país constituyera una sociedad voluntaria de socorro y que los Estados ratificaran un "principio internacional convencional" garantizando la protección jurídica a los hospitales militares y al personal sanitario. En 1863, Dunant se reunión con cinco personalidades ginebrinas para proponer a los Estados de Europa la adopción de varias resoluciones. Un año después de creó el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y el 22 de agosto de 1864 tuvo lugar la primera convención humanitaria en Ginebra. Doce potencias se comprometieron a proteger en tiempos de guerra a todos los heridos, tanto aliados como enemigos. De esta forma nacieron la Cruz Roja y el Derecho Humanitario Internacional.

En el periodo comprendido entre las dos guerras mundiales se crearon las primeras fundaciones privadas para atender a las víctimas. Durante este periodo, la legitimidad de la Cruz Roja sufrió una crisis importante debido a su negativa a denunciar la barbarie nazi.

Tras la Segunda Guerra Mundial surgieron en Estados Unidos numerosas organizaciones caritativas que participaron en la reconstrucción de Europa. Entre ellas cabe mencionar el Catholic Relief Service (1943) y CARE (1945), e incluso el propio Plan Marshall. En Europa, mientras, aparecen ONG como OXFAM (1942). En este periodo surgen también las primeras agencias de Naciones Unidas.

En los años 50 la acción humanitaria comenzó a dirigirse hacia el llamado Tercer Mundo y la mayoría de las agencias se dedicaron a impulsar un desarrollo económico eficaz. En esos años surge la Agency for International Development

-AID- (1961) y el Peace Corps (1960). En Europa surgen ONG como Medicus Mundi (1962)

Otro hito importante en la evolución de la acción humanitaria fue la hambruna de Biafra (1968), motivada por la guerra secesionista de esa región con respecto a Nigeria. Un grupo de médicos franceses (los llamados "French Doctors"), entre los que se encontraba Bernard Kouchner, se enrolaron en la Cruz Roja para atender a las víctimas. A la vista de las masacres que cometía el ejército nigeriano decidieron dar testimonio de una situación que les parecía intolerable y saltarse el bloqueo para atender a la población de Biafra. Rompieron así el juramento prestado a la Cruz Roja Internacional de "abstenerse de cualquier comunicación y de cualquier comentario sobre su misión" y además no respetaron el principio de neutralidad, al tomar partido por las víctimas frente a sus verdugos. A partir de entonces surgieron organizaciones como Médicos Sin Fronteras (1971), Ayuda Médica Internacional (1970), o Médicos del Mundo (1980).

En la última década del siglo XX la acción humanitaria ha experimentado un gran auge. Los desastres de gran magnitud que se registraron, la multiplicación de los conflictos en los que la población civil es objetivo militar, la implicación de los gobiernos por medio de sus agencias de cooperación y la intervención de las fuerzas armadas así como la mayor presión de los medios de comunicación explican esta situación. Como características de la respuesta humanitaria en este último periodo se pueden señalar las siguientes:

- Aumento de la financiación disponible para acción humanitaria. Durante los 90 todos los donantes aumentaron sus fondos para ayuda humanitaria, al tiempo que disminuyeron los dedicados a cooperación para el desarrollo. En cifras absolutas y según el CAD el máximo de financiación se produjo en 1994 (3.468 millones de dólares) para ir reduciéndose paulatinamente hasta quedar entre los 2.000 y 3.000 millones de dólares en el año 1999.

- Aumento del número de actores con las consiguientes dificultades en la coordinación. Según ACNUR, en 1997 había unas 1.500 ONG registradas ante Naciones Unidas. En 1992 se crea el Departamento para Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (DAH), transformado en Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) en 1998. En 1992 surge ECHO dentro de la UE. La presencia de ejércitos también se ha hecho habitual en las crisis actuales, sobre todo por la proliferación de operaciones de paz de NNUU. (Somalia, Ruanda, ex Yugoslavia ...).

- Mejora de la calidad de las intervenciones y el papel creciente desarrollado por las ONG. En 1990 canalizaban el 45% de los fondos destinados a cooperación para el desarrollo mientras, que en 1994 era el 67%.

- Asignación de fondos de acuerdo a intereses geopolíticos. A finales de los 90 el gasto de cada beneficiario en Irak era de 3.000 dólares, mientras que en Angola era de 58 y en el sur de Sudán de 18 dólares.[77]

- Surgimiento de debates interesantes sobre aspectos básicos de la acción humanitaria.

3. El derecho internacional humanitario (DIH)

3. 1. Concepto

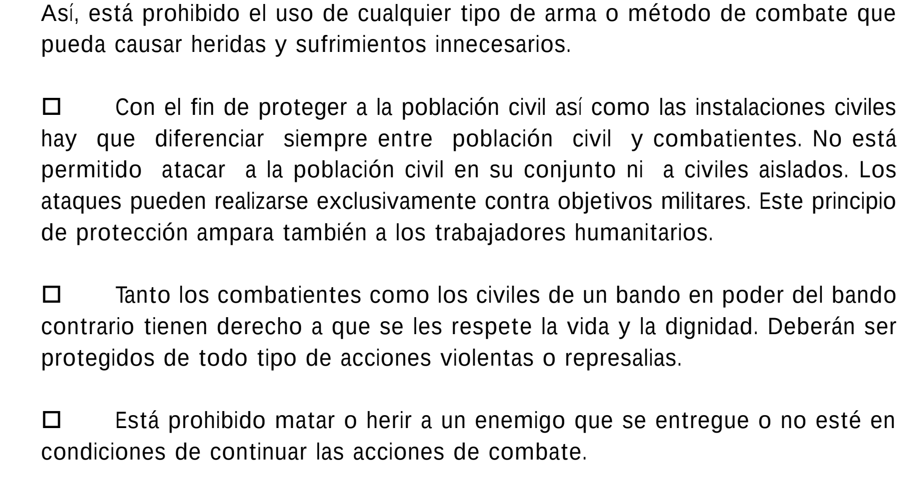
El DIH o derecho de conflictos armados está basado en la Carta Constitutiva de la ONU y es un derecho de excepción que se aplica cuando muchas normas de derecho dejan de aplicarse.

El DIH constituye una parte esencial del derecho internacional. Hace referencia a contextos de conflictos armados y contiene disposiciones para la protección de personas que no participan o dejaron de participar en las hostilidades, así como restricciones de los métodos y medios de hacer la guerra. El objetivo del DIH es reducir los sufrimientos causados por la guerra, tratando de proteger a las víctimas y de ayudarlas en la medida de las posibilidades. Para ello se basa en la realidad internacional de los conflictos, sin cuestionar las razones o la eventual justificación desde el punto de vista del derecho internacional para desatar una guerra o un conflicto armado.

El principio fundamental de todas las normas del DIH es el equilibrio entre dos intereses opuestos: de un lado la consideración de las necesidades militares y del otro el respeto insoslayable de normas mínimas de humanidad en los conflictos armados. De ello se derivan otros principios:

- Ni las partes en conflicto ni los miembros de sus Fuerzas Armadas tienen libertad ilimitada a la hora de elegir los métodos y medios para hacer la guerra.

77. Munslow, B. y Brown, Ch. (1999). "Complex Emergencies: The Institutional Impass". Third World Quarterly, vol. 20, nº 1 pág 215



Así, está prohibido el uso de cualquier tipo de arma o método de combate que pueda causar heridas y sufrimientos innecesarios.

- ☐ Con el fin de proteger a la población civil así como las instalaciones civiles hay que diferenciar siempre entre población civil y combatientes. No está permitido atacar a la población civil en su conjunto ni a civiles aislados. Los ataques pueden realizarse exclusivamente contra objetivos militares. Este principio de protección ampara también a los trabajadores humanitarios.

- ☐ Tanto los combatientes como los civiles de un bando en poder del bando contrario tienen derecho a que se les respete la vida y la dignidad. Deberán ser protegidos de todo tipo de acciones violentas o represalias.

- ☐ Está prohibido matar o herir a un enemigo que se entregue o no esté en condiciones de continuar las acciones de combate.

3. 2. Fuentes jurídicas

Las normas jurídicas para moderar la conducción de la guerra y aliviar los sufrimientos son tan antiguas como la misma guerra. Impulsado sobre todo por la fundación de la Cruz Roja y por la aprobación en 1864 de la primera Convención de Ginebra (Convenio para aliviar la suerte de los heridos en el campo de batalla), desde mediados del siglo XIX se produjo un movimiento de codificación que ha seguido avanzando hasta hoy día y cuyos pilares más importantes son: el derecho de La Haya y el derecho de Ginebra.

El **derecho de La Haya** o derecho de guerra determina derechos y deberes de beligerantes en el desarrollo de las hostilidades y restringe su elección de medios destructivos. Se compone de la Declaración de La Haya (1899) y los Convenios de La Haya (1907).

El **derecho de Ginebra** o derecho humanitario pretende proteger a militares fuera de combate y a los civiles. Hay cuatro convenios de Ginebra (1949): 1º. Para la mejora de la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña. 2º. Para la mejora de la suerte de los prisioneros de guerra. 3º. Para la mejora de la suerte de los heridos y enfermos y de los naufragados de las Fuerzas Armadas sobre tierra. 4º. Para la protección de personas civiles en tiempo de guerra. Posteriormente, (1977) se añadieron dos protocolos adicionales: I. Para la protección de las víctimas de conflictos armados internacionales y II. Para la protección de víctimas de conflictos armados no internacionales

Adicionalmente, se ha definido también el derecho de los refugiados, basado en los textos siguientes:

- Convención de las Naciones Unidas sobre el estatuto de los refugiados (1951);
- Protocolo sobre el estatuto de los refugiados (1967);
- Convención de la Organización de la Unidad Africana (OUA) por la que se regulan los aspectos específicos de problemas de los refugiados en África (1969);
- Declaración de Cartagena sobre los refugiados (1984);
- Resoluciones aprobadas, en particular, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Los desplazados internos no son beneficiarios de un convenio específico, pero están amparados por el derecho nacional, por el derecho de los derechos humanos[78] y, en caso de conflicto, por el DIH.

En las dos últimas décadas se añadió la Convención ENMOD sobre la prohibición de utilizar técnicas de modificación ambiental con fines militares u otros fines hostiles (1977); la Convención de la ONU sobre armas convencionales (1980); la Convención de la ONU sobre armas químicas (1993) y la Convención de Ottawa sobre la prohibición de minas antipersona (1997). Otro instrumento importante para el DIH es la Convención para la protección de los bienes culturales en caso de conflicto armado, aprobada en 1954. Muchas disposiciones de los mencionados convenios, sobre todo las reglas para la protección de la población civil de los efectos de la guerra, constituyen actualmente un derecho internacional consuetudinario (introducido por la costumbre) vigente para todos los Estados, independientemente de que formen o no parte de los instrumentos en cuestión.

Los Convenios de Ginebra están firmados por 190 países. El Protocolo I está firmado por 160 países, el II por 153 países.

3. 3. Ámbito de aplicación

La mayor parte del DIH hace referencia al contexto de un conflicto armado internacional, librado entre Estados como sujetos del derecho internacional. Para conflictos armados no internacionales, o sea, conflictos internos de un país (guerras civiles, por ejemplo), el DIH dispone de un menor número de normas, las cuales, sin embargo, también tienen una gran importancia.

78. Conjunto de normas de derecho internacional consuetudinario, instrumentos relativos a los derechos humanos y leyes nacionales que reconoce y protege los derechos humanos. El derecho de los refugiados y el derecho de los derechos humanos se complementan mutuamente.

La Carta de las Naciones Unidas y no el DIH regula el uso de la fuerza en las relaciones internacionales. El DIH regula la protección de las personas y la conducción de hostilidades, por tanto es aplicable ante los retos que entraña el terrorismo. Sin embargo, después de los atentados del 11 - S, 11 - M y 7 - J se han tomado medidas que no tienen en cuenta estas disposiciones y se ha vuelto a abrir la discusión sobre si debe primar la seguridad o el derecho. Cabe recordar la orden dada a la policía londinense de disparar a matar ante cualquier sospechoso, contraviniendo el DIH.

3. 4. Derecho humanitario internacional y derechos humanos

El DIH y la protección internacional de los derechos humanos se complementan mutuamente. Ambos tienen como objetivo la protección del individuo, aunque en situaciones distintas y de forma diferente. Mientras el DIH se aplica en situaciones creadas por conflictos armados, la protección internacional de los derechos humanos se centra sobre todo en la protección del individuo contra los excesos estatales en tiempos de paz.

La protección internacional de los derechos humanos no contiene normas que limiten los medios y métodos de hacer la guerra, que constituyen la esencia del DIH. Algunos autores y organismos internacionales hablan de una zona común a los dos cuerpos jurídicos que denominan "consideraciones mínimas de humanidad[79]". Sin embargo, en nuestra opinión ambos cuerpos jurídicos son indivisibles y deberían aplicarse en todo momento e independientemente de cual sea la situación.

3. 5. Evolución reciente

El 1 de julio de 2002 entró en vigor el Estatuto de la Corte Penal Internacional (CPI). El Estatuto ha sido ratificado hasta la fecha por 90 Estados. Uno de los objetivos del Estatuto de la CPI es cubrir las lagunas del sistema actual al aplicar el derecho humanitario internacional. Puede considerarse como una manifestación de la disposición de los Estados a romper el círculo vicioso de la amplia impunidad de los crímenes internacionales. La finalidad de la CPI es posibilitar a un tribunal internacional la persecución penal efectiva de delitos cometidos tras su creación, tales como el genocidio, los crímenes de lesa humanidad o los crímenes de

79. Dentro de las "consideraciones mínimas de humanidad" quedarían incluidos los principios de inviolabilidad, no discriminación y seguridad. Estos principios reciben la consideración de normas de ius cogens o normas imperativas de derecho internacional y, por tanto, son aceptadas por la comunidad internacional en su conjunto y no son susceptibles de renuncia.

guerra. El artículo 8 del Estatuto de Roma define 50 infracciones del DIH sobre las que pesan penas graves por ser consideradas crímenes de guerra. Esta nueva codificación se basa en gran medida en las fuentes jurídicas del DIH mencionadas anteriormente, sobre todo en los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y en los Protocolos adicionales I y II a dichos convenios, aprobados en 1977.

Lamentablemente, existen ejemplos de incumplimiento de las normas del DIH. La guerra de Iraq, por ejemplo, fue un conflicto armado internacional. Los estados involucrados, como Estados Partes en los Convenios de Ginebra, estaban obligados a respetar las normas del DIH además del tratamiento humano de los prisioneros de guerra (II. Convenio de Ginebra) y no podían incluir a la población civil como objetivos militares. Asimismo, las potencias ocupantes de Irak tienen el deber de restablecer la seguridad y el orden público en los territorios ocupados y administrarlos de forma que sólo tomen medidas que correspondan a los intereses de la población. Otro ejemplo claro de incumplimiento se está dando en los territorios palestinos ocupados por Israel. La cantidad de víctimas civiles y la existencia de cientos de presos sin acusación formal en Guantánamo tras la invasión de Afganistán por EE.UU son otro ejemplo de que esas normas no se han respetado. La falta de respuesta por parte de la comunidad internacional ante estos incumplimientos o la interpretación arbitraria por parte de los ocupantes se traduce en una falta de confianza de los ocupados ante el DIH.

3. 6. Debates en torno al DIH

El presidente del CICR Jakob Kellemberg planteaba en 2002 la conveniencia de esclarecer o desarrollar el marco jurídico del DIH para adaptarlo a la realidad. Señalaba, por ejemplo, la dificultad de aplicar el Protocolo adicional I por la abstracción con que define el blanco de los ataques, dejando mucho margen para interpretaciones diferentes. Así, objetivos civiles tradicionales como emisoras de radio y televisión son reconocidos por algunos como objetivos militares legítimos por su supuesta contribución a la acción militar. El principio de distinción incluido en el Protocolo I es también de difícil aplicación por la tendencia de los militares a utilizar infraestructuras civiles con fines militares.

Francisco Rey[80] recoge los siguientes temas de debate en torno al DIH:

- Finalidad:

Existe una opinión según la cual el DIH tiene fines poco éticos, ya que al regular las guerras, de alguna forma, las considera aceptables. Por el contrario, existe otra corriente que plantea que tratar de evitar las guerras es ilusorio y, por tanto,

80. Rey, F. Currea-Lugo, V. El debate humanitario. Barcelona, 2002. Icaria editorial. (cap 4, pág 55-115)

es imprescindible establecer normas de comportamiento. Otro tema sería considerar el cumplimiento de tales normas .

■ Formulación:

Las normas del DIH fueron fruto de la búsqueda de consenso entre eficacia militar y acción humanitaria, pero en su desarrollo da la impresión de que una está por encima de la otra. Así, el artículo 17 del Protocolo II prohíbe el desplazamiento de personas, pero lo considera posible por razones militares imperiosas. Por otro lado, tratar de aplicar el derecho a actos fuera de derecho como son la rebelión o la sedición conlleva problemas de aplicación e interpretación.

■ Interpretación:

El DIH no aclara suficientemente cuando un grupo armado organizado (como los surgidos en Colombia, Liberia o Sierra Leona) debe ser calificado como parte en un conflicto armado. Por otro lado, el DIH no establece separación clara entre combatientes y no combatientes, surgiendo términos como "ideólogo del enemigo" o "colaborador" para justificar la muerte de civiles que habitan en zonas bajo el control del enemigo o que comparten alguno de sus planteamientos.

■ Aplicación:

El DIH nació para regular hostilidades entre Estados, posteriormente se amplió para dar respuesta a conflictos armados internos (conflictos armados no internacionales). Ahora es preciso que dé respuesta a las acciones realizadas por mandato de Naciones Unidas. Las fuerzas de mantenimiento de paz son imparciales, invitadas y aceptadas por las partes en conflicto y con efecto disuasorio. No son combatientes y no pueden actuar en contra de los principios humanitarios. Las fuerzas de imposición de paz, en cambio, sí participan en las hostilidades, pero la ONU no es una parte contratante de los Convenios de Ginebra y no tiene mecanismos para reprimir las infracciones al DIH que cometan sus tropas. Desde el punto de vista moral, los Estados no deben permanecer pasivos ante crímenes en sus Estados vecinos, pero desde el punto de vista jurídico la intervención humanitaria no tiene cabida en la ONU (art. 2.7 de la carta de la ONU[81]).

■ Vacíos:

La norma jurídica desprovista de mecanismos de coacción está más en el terreno

81. Art 27 de la Carta de Naciones Unidas: "Ninguna disposición de esta Carta autorizará a las Naciones Unidas a intervenir en los asuntos que son esencialmente de la jurisdicción interna de los Estados, ni obligará a los Estados Miembros a someter dichos asuntos a procedimientos de arreglo conforme a la presente Carta; pero este principio no se opone a la aplicación de las medidas coercitivas prescritas en el capítulo VII".

de los principios morales que del derecho. Hasta la creación de la Corte Penal Internacional no existían mecanismos jurídicos efectivos para juzgar a los supuestos infractores del DIH.

4. Principios y valores de la acción humanitaria

La actuación de las ONG que pertenecen a la CONGDE se rige por el Código de conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales (ONG), y la Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria del proyecto Esfera. Además, la Carta Europea de Acción Humanitaria es un documento de referencia para la acción humanitaria de Médicos del Mundo España.

Los principios humanitarios constituyen la esencia de la acción humanitaria y deben regir la actuación de todos los actores (agencias de Naciones Unidas, gobiernos, ONG) sea cual sea la zona geográfica en la que actúen o de la que provengan. Derivan de una ética de los derechos humanos, ética occidental descrita desde la época de la Ilustración.

Inicialmente, la Cruz Roja estableció siete principios: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad. Hoy en día siguen estando vigentes, aunque alguno de ellos como el de neutralidad es cuestionado. La CONGDE[82] , en la que participan las tres ONG responsables de este informe, definió cinco principios no contemplados por la Cruz Roja (consentimiento, participación, testimonio, priorización de acuerdo a necesidades y no condicionalidad). Sin embargo, no ha incluido en su lista los principios de voluntariado y unidad establecidos por Cruz Roja.

Veamos a continuación los principios según la CONGDE:

- **Humanidad.** El objetivo fundamental de la acción humanitaria es aliviar, disminuir y prevenir el sufrimiento de los seres humanos, al mismo tiempo que asegure su protección y asistencia. Se erige, pues, en un **derecho fundamental**, y la persona y su dignidad constituyen el centro de la perspectiva humanitaria.

82. CONGDE. La acción humanitaria en la cooperación española. Aportaciones para el Plan Director 2005-2008. Julio 2004

■ **Universalidad.** Considerando la asistencia como **derecho y deber humanitario** para todas las personas. El derecho a recibir y a brindar ayuda humanitaria debe constituir un principio humanitario fundamental que asiste cualquier ciudadano/ciudadana, no importa el país. Asimismo, prestar asistencia humanitaria dondequiera que sea necesaria constituye una obligación en calidad de miembros de la comunidad internacional. "Tratar a los demás como te gustaría que te trataran a ti" podría ser considerado como la base del humanitarismo moderno. El movimiento "sin fronteras" va un poco más allá y pone en cuestión la soberanía de los Estados, destacando que cualquier víctima de una catástrofe "es" toda la humanidad y en virtud de ese hecho está legitimada para recibir socorro y ayuda. Los defensores del derecho a la injerencia pretenden que el derecho de las víctimas a ser asistidas debe prevalecer sobre la soberanía de los Estados.

■ **Imparcialidad.** La ayuda humanitaria no debe responder a intereses partidistas, ni políticos y es independiente de la nacionalidad, el sexo, la creencia política, religiosa y/o filosofía. El trabajador humanitario no elige sus víctimas ni sus causas. Este principio implica la protección no discriminatoria de las organizaciones humanitarias. La Cruz Roja relaciona este principio con el de neutralidad, aspecto no aceptado por todos los actores, ya que sitúa al mismo nivel a víctima y ejecutor, a atacante y atacado, a los actores humanitarios y a los combatientes.

■ **Neutralidad.** La acción humanitaria no deberá tomar parte en los conflictos de orden político, étnico o religioso. Esta neutralidad se cumplirá sin menoscabo del principio de testimonio. Como se ha mencionado anteriormente, quizá sea el principio más cuestionado y la imposibilidad de cumplirlo llevó a los "French Doctors" a salir de Cruz Roja y crear nuevas organizaciones.

■ **Independencia** de cualquier presión política, económica, financiera, religiosa o militar. La ayuda humanitaria no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa, sino que se prestará de acuerdo a las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. De este modo no se supeditará la promesa, la prestación o la distribución de ayuda al hecho de abrazar o aceptar una determinada doctrina política o religiosa. Del mismo modo, la ayuda no se podrá utilizar para favorecer una u otra opinión o régimen económico o político, ni actuará como instrumento de políticas gubernamentales. Pueden existir limitaciones financieras para cumplir con este principio debido a la colaboración entre las ONG y los Estados o agencias internacionales.

■ **No condicional.** La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de las personas beneficiarias ni ninguna otra distinción de

índole adversa. La ayuda será, por tanto, incondicional y prestada en función únicamente de las necesidades. Para algunos, este principio señalado por la CONGDE está incluido en el imparcialidad.

- **Consentimiento.** Nunca debe imponerse la asistencia a las personas beneficiarias. La ayuda debe prestarse en función de sus necesidades y con su consentimiento. En ocasiones se argumenta que las víctimas no están en condiciones de dar su consentimiento en el momento en que se desata una crisis humanitaria, pero el respeto a este principio facilita después cualquier intervención humanitaria. Por otra parte, el consentimiento de las autoridades locales debe ser tenido en cuenta, aunque en ocasiones las mismas autoridades puedan ser las causantes de la crisis humanitaria.

- **Participación.** La acción humanitaria debe respetar la cultura, la estructura y las costumbres de las comunidades y países en donde se ejecuten las actividades. Buscará la forma de hacer participar a las personas beneficiarias de programas en la administración de la ayuda de socorro. La población afectada debería participar activamente en la consideración, diseño, ejecución y evaluación del programa de asistencia humanitaria.

- **Testimonio.** La asistencia humanitaria a las poblaciones debe ir acompañada del testimonio de la situación en la que se encuentran las poblaciones. Existe la obligación de informar sobre la situación de los países en donde se actúa para velar por el cumplimiento del Derecho Internacional Humanitario y la no violación de los derechos humanos.

- **Prioridad según las necesidades.** El orden de prioridad de la asistencia se establecerá únicamente en función de las necesidades y, siempre que sea posible, la prestación de socorro deberá fundamentarse en una estimación minuciosa de las necesidades de las víctimas y de la capacidad de hacer frente a esas necesidades con los medios disponibles localmente.

Por su parte, Pilar Estébanez[83] incluye un nuevo principio, el de competencia profesional. No es suficiente estar simplemente en el terreno, cualquier intervención humanitaria tiene un deber con respecto a los beneficiarios y una obligación de competencia y eficiencia. Este principio implica la existencia de sistemas de evaluación independientes y autónomos. Este requisito demanda la creación de un "código profesional" para la acción humanitaria, más allá del código ético.

82. Pilar Estébanez et al. Medicina Humanitaria. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 2004. Pág. 25.

El principio de unidad planteado por Cruz Roja se refiere a que "en cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio". Por su parte, el de voluntariado supone que la Cruz Roja "es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado".

Se han identificado algunas **limitaciones** a la aplicación de estos principios:

- Acceso a las víctimas. El derecho de asistencia de las víctimas está reconocido como derecho que va más allá de los deseos de los Estados, pero en el terreno pueden surgir obstáculos y limitaciones. ¿Hasta dónde puede llegar una ONG humanitaria para imponer ese derecho? ¿Una intervención clandestina, protegida por milicias armadas?, ¿complicidad con los ejércitos?

- Políticas. Algunas intervenciones pueden responder más a criterios políticos que humanitarios. Por ejemplo ¿cumplió la intervención de Estados Unidos en Irak las expectativas de la población?, ¿qué justifica la inactividad humanitaria ante el deterioro del estado de salud de la población iraquí?

- Financieras. Los recursos disponibles para financiar las acciones humanitarias son limitados y lo que prima no es el principio de solidaridad sino el de disponibilidad de recursos.

- Medios de comunicación. Actualmente, la televisión es el principal aliado de la acción humanitaria, contribuye a desatar la indignación de la opinión pública, a legitimar las acciones humanitarias y aumenta la cantidad de dinero disponible. Sin embargo, el tratamiento superficial que se hace en ocasiones no permite transmitir la complejidad en la que se desarrollan las acciones humanitarias. Además, las crisis que no aparecen en los medios de comunicación pasan prácticamente desapercibidas por la sociedad y las agencias financiadoras, impidiendo unos procesos de reconstrucción adecuados por falta de financiación.

5. Injerencia humanitaria

El concepto de injerencia se está desarrollando en nuestros días y, aunque no hay acuerdo general, podría considerarse como derecho y como deber. El deber de injerencia comienza donde empieza el riesgo de no asistencia.

El deber de asistencia, posteriormente convertido en injerencia, ha evolucionado desde una concepción moral planteada por Amnistía Internacional a otra más práctica que tiene lugar a partir de los años 70 cuando médicos y enfermeras franceses atendían heridos fuera de sus fronteras, aún en situaciones de prohibición y sin permisos legales de los gobernantes que causan las crisis.

A finales de los 80 surge un periodo de injerencia formal, traducida en el Derecho de Nueva York. La resolución 43/131 de Naciones Unidas, de 8 de diciembre de 1988, admite que la soberanía de los Estados puede ser violada cuando los propios gobiernos impiden el acceso a la población civil perseguida, masacrada y con peligro de subsistencia. Esta resolución consagra también el papel de las ONG al lado de los Estados y la necesidad de libre acceso a las víctimas en caso de catástrofes naturales o situaciones similares de urgencia.

En 1990 se votó la Resolución 45/100 en la Asamblea de Naciones Unidas, que acepta la necesidad de asistencia a las víctimas a través de corredores humanitarios para hacer llegar la ayuda. Se requiere una zona de protección y de exclusión militar por una fuerza multinacional. Comienza así la etapa de la injerencia armada, la más polémica de todas, pues hay que imponer protección militar en los corredores.

Una vez reconocido el derecho de injerencia, es necesario evitar que los intereses de política exterior de los países puedan manipularlo. La ONU interviene donde y cuando lo decide el Consejo de Seguridad, es decir, las grandes potencias, y estas lo permiten cuando se ven amenazados sus intereses económicos. Es preciso, por tanto, establecer un sistema transparente y centrado en la prevención de los conflictos. Surge así el concepto de injerencia preventiva o diplomacia preventiva. Las ONG por su capacidad de movilización, independencia política y cercanía a la población vulnerable se convierten en observadores privilegiados de situaciones que pueden desencadenar crisis.

Las resoluciones del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas 688, de 5 de abril de 1991, y 770, de 13 de agosto de 1992, referidas a la cuestión de la población kurda en Irak y al suministro de ayuda humanitaria en Bosnia-Herzegovina, respectivamente, junto con la primera de las relativas a Somalia (Resolución 794, de 3 de diciembre de 1992), se han considerado los primeros pasos en el reconocimiento del llamado "derecho de injerencia humanitaria"; un derecho carente todavía de una formulación clara, que se abre paso como respuesta a aquellas situaciones extremas en las que la defensa de la vida humana encuentra un escollo en una concepción extrema de la soberanía estatal[84].

Según Rosa María Pérez[85], la noción sobre el derecho de injerencia humanitaria aparece en 1987 y se conoce como la tesis francesa sobre derecho humanitario. Su objetivo es inscribir en el orden jurídico internacional el derecho de las ONG a socorrer a las víctimas de catástrofes naturales y políticas.

En la Carta Europea de Acción Humanitaria[86] se reconoce el derecho y el compromiso de las ONG a llevar la asistencia sanitaria a todas las víctimas en cualquier circunstancia.

El derecho de injerencia en los asuntos internos de los Estados está previsto y limitado por la Carta de las Naciones Unidas, en su capítulo VII, artículo 394 Este derecho queda confiado al Consejo de Seguridad cuando el comportamiento de un Estado constituye una amenaza a la paz y seguridad internacionales. El Consejo puede adoptar una serie de medidas, incluyendo las diplomáticas y económicas. Puede también utilizar la fuerza y decidir una intervención armada internacional para hacer que cese el comportamiento del país en cuestión. En varias ocasiones, el Consejo ha decidido iniciar operaciones militares u operaciones de mantenimiento de paz invocando consideraciones humanitarias, pero, como se sabe, las operaciones de mantenimiento de paz obedecen a imperativos amplios cuyas consideraciones humanitarias pueden tener un carácter secundario. Por lo tanto, es importante no confundir las "intervenciones humanitarias" llevadas a cabo por los Estados o por la ONU, con las actividades de socorro abordadas por organizaciones humanitarias en períodos de conflicto.

Desde hace siglos, los Estados han intentado justificar sus intervenciones armadas en los asuntos internos de otros Estados por motivos "nobles", como la defensa de los derechos humanos, de las minorías, de sus nacionales expatriados u otros motivos de humanidad. Existió el tiempo de la guerra justa, y más tarde el de las intervenciones de humanidad emprendidas por Estados para proteger la persona y los bienes de sus habitantes en un país extranjero. Tenemos el ejemplo de las intervenciones de las potencias europeas en el imperio otomano para defender las minorías cristianas, la intervención de India en Pakistán en 1971, para proteger a

84. Santiago Ripoll. El "nuevo orden internacional": ¿un nuevo concepto para un nuevo contexto?. Revista CIDOB d'Afers Internacionals, 27. 1994

85. Rosa María Pérez. Las prácticas de intervención humanitaria y el significado de la soberanía: una lectura en el marco del cuarto debate de las relaciones internacionales. Politeia v. 29. Caracas julio 2002

86. También llamada "Carta de Cracovia" por haber sido establecida en esa ciudad el 31 de marzo de 1990. Esta carta coincidió en el tiempo con la creación de Médicos del Mundo España y refleja las bases de sobre las que se llevan a cabo las intervenciones de esta ONGD.

los bengalíes de las amenazas del ejército pakistaní. El denominador común de todas las intervenciones es el uso de la fuerza para imponer el respeto a los principios de humanidad.

En teoría, el derecho internacional contemporáneo no reconoce la legitimidad de estas acciones cuando se emprenden de manera unilateral por un Estado. En el marco multilateral, la única justificación del uso colectivo de la fuerza contra un Estado, según lo contempla la Carta de la ONU, reside en las amenazas que este Estado pueda plantear a la paz y seguridad internacionales. Las violaciones del derecho humanitario no se mencionan expresamente. La Subcomisión de Derechos Humanos de la ONU, el 20 de agosto de 1999, reafirmó una resolución donde establece que el derecho de injerencia humanitario, cuando se trata de emplear la amenaza o la fuerza armada, no tiene fundamento jurídico en el derecho internacional. En el marco de las operaciones de mantenimiento de paz, la mayoría de los acuerdos que prevén la presencia de la fuerza internacional han sido negociados por el "Estado anfitrión", bajo los auspicios de Naciones Unidas. La intervención humanitaria forma parte del dispositivo de resoluciones del Consejo de Seguridad para justificar y legitimar una decisión de intervención militar de la ONU, pero sólo constituye uno de los componentes de las operaciones de mantenimiento de paz junto a las consideraciones diplomáticas y políticas. Las ONG no tienen ningún control sobre el contenido de este concepto. Finalmente, desde el punto de vista jurídico, la Carta de la ONU y el derecho internacional hacen que -en teoría- prime la idea de soberanía de un Estado, y prohíben la intervención de un Estado dentro de las fronteras de otro, sin su consentimiento. Sin embargo, existen excepciones vinculadas al concepto de seguridad colectiva. La idea de que el conflicto armado constituye una amenaza a la paz y seguridad ha aparecido como justificación para las intervenciones en el marco de la ONU.

6. Acción humanitaria y Declaración del Milenio

Aunque en la Declaración del Milenio no aparece, explícitamente, una referencia a la acción humanitaria se señala como prioridades la protección de los más vulnerables y el desarrollo de una cultura de protección, marcando la necesidad de extender y fortalecer la protección de civiles en emergencias complejas de conformidad con el derecho internacional.

Si tenemos en cuenta además la relación entre pobreza y vulnerabilidad parece claro que a través de la acción humanitaria se está contribuyendo también a la consecución de los ODM. No se dispone de datos que midan directamente el

retroceso que al año suponen las crisis humanitarias con respecto a la consecución de los ODM. En el informe de la Secretaría de la OMS titulado "Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres"[87] se señala que cerca de la mitad de los más de 50 países afectados actualmente por crisis se encuentran lejos de alcanzar los ODM y que en 16 de ellos ha aumentado la mortalidad de menores de cinco años en la última década. Para acelerar el avance hacia el cumplimiento de esos objetivos es fundamental que se preste mayor atención a la consecución de los resultados sanitarios prioritarios en las comunidades que corren el riesgo de sufrir crisis.

Por otra parte, y según recoge el Informe del Secretario General de Naciones Unidas sobre aplicación de la Declaración del Milenio, de agosto de 2004, los compromisos sobre la protección de la población vulnerable asumidos en la Declaración del Milenio siguen siendo muy importantes para hacer realidad el proyecto de un mundo más pacífico, próspero y justo.

En el capítulo IV Proteger a las personas vulnerables, del citado informe se destacan los siguientes aspectos:

- En el año 2004 aumentó la frecuencia de los desastres y la vulnerabilidad ante ellos, aunque se aportan ejemplos que demuestran que es posible reducir la vulnerabilidad ante peligros naturales con estrategias de reducción de riesgo y prevención. Así, se señala que las inundaciones generalizadas que asolaron Asia en julio de 2004 tuvieron un efecto menos destructivo que las ocurridas decenios atrás. De igual forma se reconoce que, gracias a la acción humanitaria, se ha evitado una importante hambruna como consecuencia del ciclo de sequía que comenzó en 2002 en el Cuerno de África.

- La vulnerabilidad derivada de los conflictos sigue siendo elevada y señala como ejemplo la existencia de, al menos, un millón de desplazados desde Darfur a otras zonas de Sudán o al vecino Chad. Señala, igualmente, la necesidad de ayudar a las comunidades en su conjunto para poder superar las crisis existentes, sin olvidar a la población más vulnerable, que viene siendo el objetivo de la acción humanitaria.

- Se recomienda que la comunidad internacional armonice sus instrumentos de planificación y recaudación de fondos para las transiciones, aumente la coherencia de las evaluaciones de necesidades y cree instituciones locales para que los agentes nacionales puedan participar en su propia transición desde el principio.

87. Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres. Informe de la Secretaría de la OMS a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud. A58/6 de 14 de abril de 2005. Página 2.

- Se destaca la necesidad de aumentar el acceso a la asistencia y protección humanitarias para superar la vulnerabilidad. Según el Secretario General de la ONU, se niega el acceso a la asistencia de organismos humanitarios a 10 millones de personas en 20 países.

- Otro de los factores que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de la población ante desastres naturales y situaciones de emergencia complejas es el VIH/sida, sobre todo en África subsahariana.

- Se señala que, sin mencionar el escaso seguimiento a los CAP, que la ayuda recibida es muy dispar. Mientras que algunas situaciones de crisis prominentes reciben financiación que califica como "adecuada", otras ya olvidadas como las de República Centroafricana o Costa de Marfil, reciben sólo un quinto de los recursos solicitados.

7. Ámbito de actuación de la acción humanitaria.

La acción humanitaria se desenvuelve en las cuatro áreas de actuación siguientes:

- **Provisión de bienes y servicios básicos** para garantizar la supervivencia de los afectados y aliviar sus penalidades. Esta es la función tradicional de la ayuda y la acción humanitarias. Se incluye:

  - Abrigo. Ante exposiciones a frío intenso se puede llegar a la muerte en cuestión de horas. Un recién nacido necesita mantener la temperatura corporal entre 36,5 y 37,5º para sobrevivir.

  - Agua potable. Su ausencia puede provocar la muerte en días y su consumo en malas condiciones ocasiona un gran número de enfermedades

  - Alimentos. Se puede proporcionar mediante programas de alimentación generalizada, selectiva o terapéutica.

  - Atención sanitaria. Incluye provisión de medicamentos, tratamiento médico y medidas preventivas como campañas de vacunación y medidas de higiene y salubridad. (Se trata con más detalle en el punto 8)

- **Protección** de las víctimas, entendida como defensa de sus derechos

humanos fundamentales, el reconocimiento y defensa del respeto a su dignidad y la exigencia del cumplimiento del DIH. Esto es especialmente importante en contextos de emergencias complejas y conflictos civiles. Entre las tareas orientadas a la protección destacan:

- Supervisión/seguimiento internacional del respeto a los derechos humanos. En este sentido cabe destacar la labor del CICR, dado que los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales le confieren la función de supervisor y garante del cumplimiento de tales instrumentos, que son la base del DIH. Otras organizaciones que participan son Human Rights International o Amnistía Internacional. Es preciso señalar también la importancia de las misiones de observación realizadas por Naciones Unidas y la OSCE (Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa). Estas últimas no son organizaciones humanitarias y sus actuaciones no están guiadas por los principios de la acción humanitaria, sino por criterios políticos.

- El testimonio y la denuncia de las violaciones de los derechos humanos y el DIH. El desarrollo de actividades de este tipo por parte de las organizaciones humanitarias conlleva un alto riesgo de expulsión del país y suspensión de sus actividades de ayuda.

- La presión política por parte de las ONG dirigidas a los gobiernos de los países en los que actúan o hacia la comunidad internacional.

- El acompañamiento y la presencia internacional realizada por acompañantes-observadores en escenarios de conflicto para proporcionar protección activa a la población afectada por la violencia y prevenir violaciones de los derechos humanos. La mera presencia de una organización puede conllevar cierta función preventiva, pero este cometido no suele estar planificado en el trabajo de las ONG ni su personal suele contar con formación para ello. Brigadas Internacionales de Paz es una de las pocas organizaciones especializadas en este campo. La protección militar proporcionada por fuerzas armadas bajo mandato de Naciones Unidas o de la OTAN (Kosovo) no debería considerarse como parte de la acción humanitaria ya que los principios éticos y operativos de ésta no son compatibles con el uso de la fuerza, aunque la protección de convoyes de ayuda o la creación de zonas de seguridad (ex Yugoslavia, Ruanda, Irak) pueden contribuir a que la ayuda sea efectiva.

■ **Frenar el proceso de aumento de la vulnerabilidad y desestructuración** socioeconómica de las familias y comunidades. Muchos investigadores plantean, en medio de un debate abierto sobre vinculación emergencia-desarrollo, que la ayuda humanitaria debe afrontar las causas de las crisis para evitar que se mantengan indefinidamente. Un desastre puede ser el resultado de un proceso de acumulación de vulnerabilidad y para tratar de revertir ese proceso y establecer unas bases sobre las que asentar la rehabilitación y el desarrollo posterior es preciso atacar las causas de fondo. En este sentido algunos autores establecen como objetivos concretos de la acción humanitaria:

- Frenar el hundimiento de los ingresos y del poder adquisitivo de los más vulnerables.
- Evitar la descapitalización total de los afectados.
- Disuadir el éxodo de las familias.
- Generar capacidades.

■ La **preparación** ante potenciales catástrofes naturales y las actividades de rehabilitación son mecanismos que contribuyen también a reducir la vulnerabilidad.

8. La actuación sanitaria en las crisis humanitarias

El deterioro de la salud de la población afectada suele ser uno de los impactos más graves de los desastres, tanto de los generados por catástrofes naturales como por los conflictos armados. Los desastres pueden acarrear auténticas crisis sanitarias caracterizadas por la propagación de epidemias, ante la incapacidad de los sistemas de salud para cubrir las necesidades asistenciales de la población afectada. Con frecuencia, son la principal causa de aumento de mortalidad.

El impacto sanitario varía según el tipo de desastre y su intensidad. Así un terremoto puede afectar a la infraestructura sanitaria de una zona mientras que una sequía podría producir desnutrición aguda en la población más vulnerable. Los servicios de salud constituyen un determinante de gran importancia para la supervivencia en las fases iniciales de cualquier desastre.

Los efectos pueden ser más graves en los conflictos civiles que en los desastres naturales. Según Ugalde[88] , en la última década los conflictos se han convertido

88. Ugalde, A., Richards P. y Zwi, A (1999) "Health Consequences of War and Political Violence" en Kurtz. J. (ed.) Encyclopedia of Violence, Peace and Conflict, vol. 2, Academic Press, San Diego, 1999: 103-121

en un problema de salud pública como consecuencia de la consideración de la población civil como objetivo militar y del empleo de armas o tácticas militares que causan graves daños a la población, a las infraestructuras y al medio ambiente. Los conflictos de baja intensidad o anti insurgentes pueden ocasionar secuelas sobre la salud mental de la población.

Para garantizar que las necesidades de salud sean identificadas y atendidas de forma eficaz y efectiva es recomendable adoptar un enfoque sistemático a la hora de diseñar, implementar, seguir y evaluar los servicios de salud durante un caso de desastre o conflicto.

El DIH establece que todas las personas tienen derecho a acceder de manera equitativa a los servicios de salud y a otros servicios básicos que condicionan o determinan la situación de salud de una persona. Entre estos servicios cabe destacar: el abastecimiento de agua potable, saneamiento adecuado, alimentación, nutrición, vivienda y educación. La atención sanitaria por sí sola, sin la disponibilidad de los otros servicios, no conseguirá el efecto deseado. Muchas crisis suponen un agravamiento de una situación de salud muy afectada por las condiciones de pobreza y exclusión que sufre la población, el deterioro del medio ambiente y la incapacidad del sistema de salud para atender las necesidades de la población.

8. 1. Impacto de los desastres en la salud

El impacto puede ser directo (lesiones físicas o traumas psicológicos, por ejemplo) o indirecto (aumento de la incidencia de enfermedades infecciosas, desnutrición o complicaciones de enfermedades crónicas, por ejemplo). Las primeras metas de la respuesta humanitaria ante desastres deberían ser: 1) prevenir y reducir la mortalidad y morbilidad excesivas y 2) favorecer el retorno a la normalidad. La evolución de la tasa bruta de mortalidad diaria y la tasa de mortalidad en menores de 5 años ante una crisis humanitaria permite hacer el seguimiento de la situación. La línea de partida de estos indicadores varía en cada región, en términos generales asumimos que, si se duplica la línea basal, nos encontramos ante una emergencia de salud pública que requiere una respuesta inmediata. Si no hay datos de referencia previos, debemos considerar que esta emergencia se alcanza al superar una muerte diaria por cada 10.000 personas. En el caso de la mortalidad en menores de 5 años y de manera general se debería mantener la tasa de mortalidad por debajo de 2 por cada 10.000 menores de 5 años.

Cuadro 5. 1 **Datos de referencia sobre la línea de base de la mortalidad por región**

Región	TBM	TBM umbral	TMM5	TMM5 umbral
África subsahariana	0, 44	0,9	1, 14	2, 3
Oriente Medio y África del norte	0,16	0,3	0,36	0, 7
Sur de Asia	0,25	0,5	0,59	1, 2
Este de Asia y Pacífico	0, 19	0, 4	0,24	0, 5
América Latina y Caribe	0,16	0,3	0,19	0, 4
Europa Central y del Este/CEI y E. Bálticos	0,30	0,6	0,20	0, 4
Países industrializados	0,25	0,5	0,04	0, 1
Países en desarrollo	0,25	0,5	0,53	1, 1
Países menos desarrollados	0,38	0,8	1,03	2, 1
Mundo	0,25	0,5	0,48	1, 0

Fuente: Estado Mundial de la Infancia 2003, Unicef (datos de 2001)

TBM Tasa bruta de mortalidad diaria por 10.000 personas
TBM umbral TBM umbral de emergencia
TMM5 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por cada 10.000 niños
TMM5 umbral TMM5 umbral de emergencia

Aunque es difícil definirlo con exactitud, se puede diferenciar el efecto producido por diferentes tipos de desastres y resumirlo en la tabla siguiente.

Cuadro 5. 2 **Efectos en salud por tipo de desastre**

Efecto	Emergencias complejas	Terremotos	Vientos fuertes sin inundaciones	Inundaciones	Riadas/olas sísmicas
Muertes	Muchas	Muchas	Pocas	Pocas	Muchas
Lesiones graves	Varía	Muchas	Cantidad moderada	Pocas	Pocas
Aumento del riesgo de enfermedades transmisibles	Grande	Pequeño	Pequeño	Varía	Pequeño
Escasez de alimentos	Frecuente	Infrecuente	Infrecuente	Frecuente	Varía
Desplazamientos considerables de población	Frecuente (puede ocurrir en zonas urbanas severamente dañadas)	Infrecuente	Infrecuente	Frecuente	Varía

Fuente: Manual del Proyecto Esfera pág. 306.

Se puede agrupar los efectos de los desastres sobre la salud en tres grupos:

- Aumento de la susceptibilidad o propensión fisiológica a contraer enfermedades

La debilidad y pérdida de defensas de las víctimas como consecuencia de la malnutrición favorecen el deterioro de la salud de los afectados. Es preciso mencionar que tras un conflicto suele disminuir la producción de alimentos y se alteran los mercados locales. Esta situación es más grave para los grupos más vulnerables.

- Incremento de la exposición a enfermedades

Los desplazamientos masivos de personas y las condiciones de hacinamiento de las víctimas de un desastre facilitan la transmisión de enfermedades y la aparición de enfermedades no transmisibles. Como consecuencia de todo ello, aumenta la tasa de mortalidad en la población afectada; de hecho, en aquellos que han huido de la violencia la tasa bruta de mortalidad puede ser hasta 60 veces mayor que en su lugar de origen[89].

El hacinamiento, la desestructuración social, la falta de medios de prevención y la violencia favorecen la alteración de las pautas sexuales y los abusos sexuales y como consecuencia de ello aumenta la transmisión de ETS y del sida.

El estrés postraumático[90] suele ser agudo y deja secuelas importantes como desórdenes psicosomáticos (dolores de cabeza, nerviosismo, insomnio), afectivos

---

89. Ugalde, A., Richards P. y Zwi, A (1999) "Health Consequences of War and Political Violence" en Kurtz. J. (ed.) Encyclopedia of Violence, Peace and Conflict, vol. 2, Academic Press, San Diego, 1999: 103-121. Página 113.

90. Cerca de la mitad de las personas que han experimentado un hecho traumático severo sufren síntomas que escapan a su control y causan un profundo sufrimiento psicológico. Algunos de estos síntomas han sido agrupados y son considerados como una enfermedad llamada "trastorno de estrés post traumático" (TEPT). El TEPT se define por la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física o es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas. Las exigencias del DSM-IV para el diagnóstico se pueden resumir en a) exposición a un acontecimiento traumático; b) nueva experimentación del acontecimiento traumático; c) evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento y d) síntomas de aumento de la activación o "arousal". La reciente aparición del DSM- IV-TR no implicó mayores modificaciones en los criterios diagnósticos para TEPT. Sin embargo, no todos los autores aceptan la existencia del TEPT, argumentando que no existe una base neurobiológica ni fisiopatológica común para todos los síntomas que agrupa esta entidad y que por otro lado un porcentaje variable de población general cumpliría los criterios sin haber estado expuesta a traumas.

(depresión, ansiedad, temores, fobias) y del comportamiento (agresividad, irritabilidad, tendencias suicidas, abuso de alcohol y otras drogas).

- Deterioro de los servicios e infraestructuras de salud
  - La capacidad de planificación y gestión se ve afectada por la falta de medios institucionales para responder a la emergencia y por la desestructuración sociopolítica. Durante emergencias en Estados débiles, frágiles o fallidos las necesidades sanitarias de la población pueden ser satisfechas por ONG internacionales con el riesgo de atomización y fragmentación del sistema sanitario local.

  - Disponibilidad de medios financieros y humanos. Los gastos militares y el deterioro económico suponen una disminución de la financiación sanitaria que puede traducirse en reducción del gasto en atención primaria o vacunación. La falta de recursos para salarios del personal puede suponer desmotivación y absentismo. El resultado de todo ello es un deterioro de los servicios de la sanidad pública y la creciente privatización de esta, que dejan indefensos a los sectores más vulnerables.

  - Destrucción de infraestructura sanitaria y de provisión de agua y saneamiento. Tal destrucción supone un objetivo militar, sobre todo en el caso de conflictos civiles. Sus consecuencias son la huida de personal sanitario, pérdida de cobertura sanitaria y paralización de programas de control, el deterioro del acceso al agua potable y de las condiciones de salubridad.

  - Provisión y acceso a los servicios. Como consecuencia de todo lo anterior la población encuentra mayores dificultades para acceder a los servicios de salud

8. 2. Aspectos básicos de la intervención sanitaria

No es el objetivo de este informe establecer guías de actuación sanitaria ni es un asunto fácil definir una guía sobre la intervención sanitaria aplicable a todos los diferentes tipos de crisis humanitarias. Sin embargo, se pueden establecer como aspectos básicos de la intervención sanitaria ante una crisis humanitaria los siguientes:

■ En la medida de lo posible las intervenciones se deben fundamentar en prácticas basadas en pruebas, dando preferencia a aquellas actuaciones cuyo beneficio en cuanto a salud pública esté demostrado.

■ Las intervenciones prioritarias en salud pública serán las que aporten el mayor beneficio en términos de salud, al mayor número posible de personas.

■ Es esencial contar con la participación de las comunidades afectadas por la crisis en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación.

■ En el manual del Proyecto Esfera se señala a las mujeres, las personas de edad, los discapacitados y los enfermos de sida como los grupos más expuestos a riesgos en las situaciones de desastre. Adicionalmente, podemos incluir también a los niños y a los enfermos crónicos (cardiópatas o diabéticos, por ejemplo) que necesitan tomar medicación de manera sistemática. En este último caso, cuando el desastre ocurre en zonas empobrecidas tiene lugar un agravamiento de una situación ya de por sí complicada antes de que ocurriera el desastre, y que está marcada por la falta de recursos de los enfermos crónicos para adquirir el medicamento. En cada contexto habrá que determinar cuáles son las personas más vulnerables, sin olvidar que cuestiones de raza, religión o política pueden aumentar la vulnerabilidad de grupos específicos.

8. 3. Objetivos de las intervenciones sanitarias desde la emergencia a la rehabilitación

□ Prevenir y reducir la mortalidad, sea causada por la catástrofe, por la demora en la asistencia o por carencia de cuidados apropiados.

□ Suministrar cuidados a los damnificados, heridos, quemados, afectados psicológicamente.

□ Prevenir la morbilidad y consiguiente mortalidad relacionadas con el desastre a corto y a largo plazo.

□ Asegurar la recuperación del estado de salud previniendo la malnutrición a largo plazo.

□ Restablecer o rehabilitar los servicios de salud en la medida de lo posible.

8. 4. Fases de la emergencia según tasas de mortalidad (Burkholder y Toole[91])y respuesta sanitaria

Ante una crisis humanitaria es importante que las ONG y las agencias humanitarias respondan con rapidez y de forma coordinada entre ellas y con las autoridades sanitarias de la zona. Las acciones que se deben llevar a cabo denpenden del tipo de desastre y como consecuencia de las experiencias previas de crisis similares se han podido definir protocolos de actuación que orientan la respuesta inmediata pero no eliminan la necesidad de realizar una evaluación inicial antes de iniciar las intervenciones. En ocasiones, esta evaluación debe hacerse simultáneamente con una primera atención a las víctimas.

De acuerdo a la evolución de las tasas de mortalidad general se pueden establecer las siguientes fases de la intervención sanitaria ante una crisis humanitaria:

- Fase aguda de la emergencia (0 -1 meses). En esta fase suele presentarse una elevada tasa de mortalidad a la que contribuyen la fatiga de los refugiados o desplazados internos recién llegados al lugar de asentamiento, el hacinamiento en los campos y la dificultad para garantizar de forma urgente las necesidades básicas de las personas. La mortalidad se asocia a malnutrición infantil y a enfermedades transmisibles, que presentan altas tasas de letalidad en estas situaciones, como el sarampión o las enfermedades diarreicas agudas. Las prioridades en las primeras semanas consisten en proveer protección física, alimentos, agua, refugio y cuidados sanitarios esenciales. En dicha fase las acciones prioritarias en salud pública consisten en identificar agentes comunitarios de salud y desplegarlos en la zona, el establecimiento de centros de rehidratación oral y la vacunación masiva contra el sarampión a niños de entre 6 meses y 5 años de edad. La puesta en marcha de un sistema de información sanitaria a través de la vigilancia del número de defunciones, las causas de éstas y las encuestas nutricionales ayudarán a evaluar la efectividad de las medidas puestas en marcha e indicará la necesidad de actividades adicionales o de medidas de contingencia como control de brotes epidémicos. Estas acciones deben ir dirigidas a los grupos más vulnerables.

- Fase tardía (1-6 meses). En esta fase se produce una reducción gradual de la tasa de mortalidad, las causas principales de morbilidad siguen siendo malnutrición, enfermedades diarreicas agudas, sarampión, enfermedades respiratorias agudas y paludismo. A medida que las acciones emprendidas comienzan a dar frutos, se debe reorganizar la actividad de los agentes comunitarios de salud para formarlos en actividades básicas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

91. Burkholder, B.T. y Toole, M.J., Evolution of complex disasters en Lancet, vol. 346

- Fase de post emergencia (más de 6 meses). El perfil sanitario en el campo de refugiados comienza a parecerse al de la población local. Los programas básicos de salud pública deben ampliarse para desarrollar estrategias integrales y específicas de salud sexual y reproductiva y control de tuberculosis, entre otras.

8. 5. Evaluación inicial en situaciones de catástrofe

Antes de iniciar una intervención es necesario definir cuáles son las necesidades y los riesgos existentes, para poder establecer prioridades, estrategia de intervención y recursos necesarios. Esto no siempre es fácil ya que para el equipo que realiza la primera misión exploratoria no es posible negar asistencia a los damnificados, argumentando que sólo están recopilando información. Ante esta situación se encontraron, por ejemplo, los primeros equipos enviados por Médicos del Mundo a Sri Lanka e Indonesia tras el maremoto de diciembre de 2004.

Esta evaluación inicial debe ser llevada a cabo por un equipo multisectorial en coordinación con representantes de la población afectada, autoridades locales y otras organizaciones o agencias que propongan brindar asistencia, debiendo recoger, por lo menos, la siguiente información:

- *Información general de la zona.* Referida a estructura social y política de la población, número estimado de personas afectadas y sus características, recursos locales y capacidad, cuantificación de grupos de riesgo, posibilidades de acceso a la población afectada, seguridad en la zona, previsión de impacto ambiental, organismo nacional o local con competencias en coordinación y prestación de servicios básicos, capacidad y formación de los recursos humanos locales.

- *Abastecimiento de agua y saneamiento.* Es básico averiguar la disponibilidad de recursos útiles después del desastre y necesidades de letrinas y de consumo, tratamiento y abastecimiento de agua. Del mismo modo, es preciso tratar de cuantificar la cantidad y tipo de residuos existentes y las necesidades de recogida y eliminación de los mismos, tratando de identificar aquellos que puedan ser peligrosos para la salud.

- *Nutrición y ayuda humanitaria.* Es necesario contar con información sobre la cantidad de población por grupos de edad, situación nutricional previa de la población y disponibilidad de alimentos y medios para prepararlos.

- *Servicios de salud*
  - o Información demográfica por grupos de edad.
  - o Información sobre situación de salud previa y actualizada día a día tras el desastre. La tasa bruta de mortalidad diaria es un indicador muy usado.
  - o Información sobre presencia de vectores y posibles criaderos.
  - o Situación del servicio local de salud. Infraestructura utilizable, suministros, personal disponible o red de comunicaciones.

- *Poblaciones desplazadas y asentamientos.* El desplazamiento de población es frecuente ante desastres o conflictos bélicos. Es preciso identificar lugares seguros a los que pueda dirigirse la población y donde pueda ser atendida.

Es preciso recordar la necesidad de incluir atención psicológica desde los primeros momentos a las víctimas de desastres o conflictos. Los beneficios de la puesta en marcha de programas de atención psicosocial a gran escala quedaron patentes en la crisis de los Balcanes a mediados de los años 90 y hoy en día se incluyen programas de este tipo en la mayoría de las intervenciones.

8. 6. Rehabilitación del sistema de salud

El proceso de rehabilitación posterior al desastre tiene como una prioridad la reconstrucción del sistema de salud pública. Debe llevarse en paralelo a las actuaciones en otros frentes como seguridad alimentaria y agua y saneamiento. El objetivo debe ser la construcción o reconstrucción de un sistema de salud que garantice la cobertura de la población mediante una red estructurada en diferentes niveles, bien relacionados entre sí para dar respuesta a los principales problemas de salud de la población y que faciliten la participación de la población.

La recuperación de los servicios de atención sanitaria después de una crisis humanitaria, además del efecto evidente en la mejora de la salud de la población, tiene otro efecto positivo: estimula la confianza de las víctimas en el proceso de rehabilitación y vuelta a la normalidad y contribuye a superar con mayor rapidez la fase de crisis. En ocasiones la normalidad existente antes de la crisis no es una situación idílica y por ello no es de extrañar que en algunos casos haya resistencia. Pensemos por ejemplo en campos de refugiados en los que se garantiza los servicios básicos a personas que carecían de ellos en sus lugares de origen.

La fase de rehabilitación es un buen momento para introducir reformas en el sistema de salud del país para aumentar su cobertura y la calidad de los servicios. Sin embargo, los gobiernos nacionales o locales no suelen disponer del tiempo y de la información necesarios para ello. La presión para recuperar cuanto antes la normalidad, el deseo de construir sofisticadas instalaciones hospitalarias y las múltiples ofertas que reciben los gobiernos por parte de las agencias y gobiernos donantes para construir centros de salud o mejorar el sistema en la zona en la que cada una intervino durante la crisis impiden que se aproveche ese momento. Suele priorizarse la ciudad con respecto a las zonas rurales, la promoción de la salud y prevención de enfermedades frente a la curación, tendiendo a la fragmentación del sistema. No suele prestarse atención suficiente a la vigilancia epidemiológica y a la puesta en marcha de un sistema de información sanitaria de calidad.

9. Calidad, eficacia y eficiencia en la acción humanitaria

Para superar algunas imperfecciones del sistema humanitario se están desarrollando dos líneas de actuación. Por un lado se llevan a cabo iniciativas para elaborar una serie de principios y normas que orienten los objetivos y actuaciones de la acción humanitaria y que mejoren su eficacia y coordinación. Así han surgido varios códigos de conducta y el proyecto Esfera de Carta Humanitaria y Normas mínimas aprobado en 1998. La segunda línea de actuación consiste en sistematizar la evaluación de las operaciones de acción humanitaria, como consecuencia del creciente volumen de fondos que se manejan y de la mayor conciencia sobre su complejidad. Es de destacar el proyecto Good Practice Review realizado por el Overseas Development Institute (ODI) de Londres para elaborar y difundir pautas de evaluación de la acción humanitaria y promovido por el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE. La primera evaluación importante ha sido realizada por varias agencias lideradas por la danesa DANIDA sobre la operación en Ruanda y Grandes Lagos en 1994.

9. 1 Proyecto Esfera. Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre. (www.sphereproject.org)

El Proyecto Esfera fue lanzado en julio de 1997 por un grupo de ONG humanitarias y el movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Este proyecto ha desarrollado una Carta Humanitaria y un conjunto de normas mínimas universales en áreas básicas de la asistencia humanitaria: abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugios, asentamientos y planificación de emplaza-

mientos y servicios de salud. En todo su proceso han participado más de 300 organizaciones representando a 60 países.

El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de la asistencia que se presta a las personas afectadas por desastres y aumentar la responsabilidad del sistema humanitario en la intervención en casos de desastres.

Esfera se basa en dos ideas principales: primero, que deben tomarse todos los pasos necesarios para aliviar el sufrimiento humano que emana de conflictos o catástrofes, y segundo, que aquellos afectados por desastres tienen derecho a una vida digna y por ende el derecho a la asistencia.

El proyecto se ha desarrollado en tres fases:

Fase I (1997-1998). Durante este periodo de elaboró una edición preliminar del manual Esfera.
Fase II (1998-2000). Incluyó dos revisiones formales del manual y se añadieron textos nuevos en materia de género y protección. Se inició el programa de capacitación y 20 agencias se comprometieron a dirigir la Carta Humanitaria y las Normas Mínimas.
Fase III (2000-2003). En este periodo se continuaron las actividades de la fase anterior y se desarrolló una evaluación de impacto.

El proyecto debía concluir a finales de 2004. Durante ese año se realizaron una serie de consultas cuya conclusión fue la decisión de ampliar la duración del proyecto e introducir algunas variaciones sobre su funcionamiento.

En el resumen del informe de evaluación llevado a cabo por la Universidad de Columbia (Estados Unidos) en asociación con el Instituto de Salud Pública de la Universidad de Makerere (Uganda) se concluye que el proyecto ha tenido una influencia importante y positiva para la asistencia humanitaria contemporánea, aunque no ha sido posible medir directamente su impacto en la calidad de la asistencia humanitaria; además, el manual ha sido muy conocido entre los principales actores; y la utilización de un enfoque basado en derechos ha tenido una gran influencia en la forma de pensar y trabajar de muchas ONG y agencias humanitarias.

Sin embargo, la evaluación también identificó los siguientes problemas que pueden corregirse a medida que el proyecto avance hacia la siguiente fase:

1. El "enfoque basado en derechos", el punto central del acercamiento filosófico a la asistencia humanitaria, no ha sido tan bien entendido por los usuarios del Manual como los aspectos técnicos.

2. El Proyecto Esfera ha dado un primer paso importante para situar los derechos humanos como eje central de la ayuda de emergencia. Como paso siguiente, los autores de la evaluación recomiendan la realización de una reunión internacional en la que los principales actores puedan fijar su postura al respecto.

3. Hay una gran confusión con respecto a la terminología utilizada en el Manual del Proyecto Esfera, en particular con respecto a las "normas" e "indicadores".

4. La difusión del Proyecto Esfera entre la comunidad humanitaria no es uniforme. El personal de las ONG internacionales está mejor informado que el de las ONG locales, el personal expatriado de las ONG internacionales está mejor informado que su personal local, y el personal de sedes o de oficinas ubicadas en lugares relevantes conoce mejor el Proyecto Esfera que el personal que trabaja en el terreno.

5. La naturaleza de las emergencias complejas ha cambiado en los diez últimos años. El Proyecto Esfera debería proporcionar indicaciones sobre los factores a tener en cuenta en cualquier circunstancia a fin de cumplir las normas, en vez de proporcionar indicadores específicos basados en un solo paradigma de emergencia.

6. La relación entre las poblaciones afectadas y poblaciones aledañas siempre ha sido difícil. Debería prestarse especial atención a situaciones en donde la aplicación de las normas de Esfera pueda crear diferencias en la calidad de vida entre estas poblaciones. El Proyecto Esfera debería proporcionar directrices sobre cómo abordar esta cuestión.

7. La mayoría de los entrevistados mencionaron la falta de fondos como la principal razón por la cual no podían cumplirse las normas.

La Carta Humanitaria del proyecto Esfera expresa el compromiso asumido por los organismos firmantes de acatar los principios que contiene y velar por el cumplimiento de las Normas Mínimas. Se han definido las siguientes ocho normas comunes a todos los sectores:

1. Participación. La población afectada por el desastre participa activamente en la consideración, diseño, implementación, seguimiento y evaluación del programa de asistencia humanitaria.

2. Consideración inicial. Las evaluaciones proporcionan una buena comprensión de la situación de desastre y un análisis claro de los riesgos que existen en cuanto a la preservación de la vida, la dignidad, la salud y los medios de sustento. Gracias a este análisis se podrá determinar, siguiendo un proceso consultivo con las autoridades correspondientes, si se requiere una respuesta externa y, en caso afirmativo, el carácter de esta respuesta.

3. Respuesta. Una respuesta humanitaria es necesaria en situaciones en las que las autoridades competentes no pueden y/o no quieren responder a las necesidades de protección y asistencia de la población que hay en el territorio que controlan. Asimismo, hay que dar una respuesta cuando los análisis indican que estas necesidades no han sido atendidas.

4. Selección de beneficiarios. La asistencia o los servicios humanitarios se prestan de modo equitativo e imparcial, sobre la base de la vulnerabilidad y las necesidades de personas individuales o grupos afectados por el desastre.

5. Seguimiento. Se identifica la efectividad del programa a la hora de dar respuesta a los problemas y se lleva a cabo un seguimiento continuo de los cambios en un contexto más amplio, para realizar mejoras en el programa o a finalizarlo de forma escalonada, según proceda.

6. Evaluación. Se realiza un sistemático e imparcial examen de las actuaciones humanitarias cuya finalidad es entresacar lecciones con las que mejorar las prácticas y las políticas generales y fortalecer la rendición de cuentas.

7. Competencias y responsabilidades de los trabajadores humanitarios. Los trabajadores humanitarios poseen titulaciones, experiencias y aptitudes apropiadas para la planificación y la implementación efectiva de los programas adecuados.

8. Supervisión, gestión y apoyo del personal. Los trabajadores humanitarios reciben supervisión y apoyo que garantizan la efectividad en la puesta en marcha del programa de asistencia humanitaria.

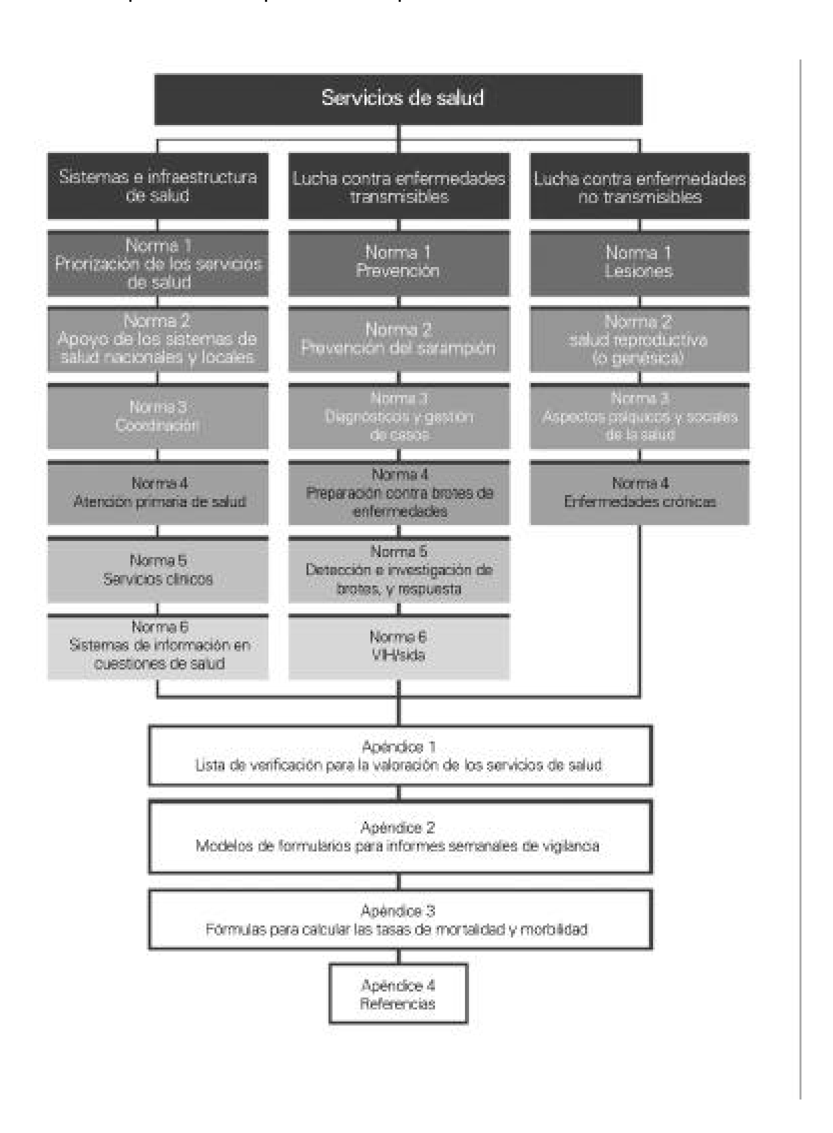
Estas normas son de tipo "procedimientos y personas" y cada una contiene, además, indicadores clave para saber si la norma se está cumpliendo y unas notas orientativas para aplicarlas.

Adicionalmente, se han definido normas para cuatro sectores:

- ☐ Agua, saneamiento y fomento de la higiene.
- ☐ Seguridad alimentaria, nutrición y ayuda alimentaria.

- Refugios, asentamientos y artículos no alimentarios.
- Servicios de salud.

Cada una de estas normas incluye orientaciones para hacer una evaluación general y sobre la primera respuesta en cada uno de los sectores. A continuación se reproduce el esquema del capítulo correspondiente en el manual:



Otro proyecto es el elaborado por el Grupo Urgencia Rehabilitación Desarrollo (URD) y llamado **Compas Qualité**[92] , que define cuatro criterios de impacto y resultado centrados en la población afectada y su entorno: (www.urd.org, www.compasqualite.org)

A. El proyecto responde a una necesidad demostrada.
B. Los objetivos del proyecto son alcanzados.
C. Los impactos negativos son evitados o atenuados.
D. El proyecto tiene un impacto positivo más allá de la intervención.

Para alcanzar esos cuatro criterios se definen otros 8 de estructura y proceso que conciernen al proyecto y al actor:

E. El proyecto es coherente con el mandato y los principios de la organización.
F. El proyecto respeta la población.
G. El proyecto es flexible.
H. El proyecto se inserta de manera óptima en su entorno.
I. El actor tiene los recursos y experiencia necesarios.
J. El actor tiene la capacidad de gestión adaptada.
K. El actor utiliza los recursos de manera óptima.
L. El actor utiliza las lecciones extraídas de la experiencia.

Adicionalmente, COMPAS facilita indicaciones para la fase de identificación del proyecto y la de evaluación.

Con respecto a la línea de evaluación, se están desarrollando numerosas iniciativas entre las que cabe destacar la red para un aprendizaje activo sobre rendición de cuentas y resultados de la acción humanitaria, **ALNAP** *(Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action)* surgido en 1997, que cuenta con más de 50 miembros de pleno derecho y casi 400 miembros observadores y su secretaría se encuentra en el Overseas Development Institute de Londres. El ALNAP se centra en la promoción del aprendizaje, en particular a través de una mejor evaluación.

Otra iniciativa destacable es la de la Asociación Internacional para la Responsabilidad en el Ámbito Humanitario (**HAP - I:** *Humanitarian Accountability Partnership - International)*, que fue creada en el año 2003 por un grupo de organizaciones humanitarias decididas a realizar una labor humanitaria responsable para con sus destinatarios potenciales, tras varios años de investigación y pruebas en el terreno llevadas a cabo por los predecesores de HAPI, a saber, el Humanitarian Ombudsman Project y el Humanitarian Accountability Project. En la actualidad, HAP -I está creando un sistema de autorregulación voluntaria y

92. Critères et Outils pour la Mise en oeuvre et le Pilotage d'une Assistance Humanitaire de Qualité

desarrollando técnicas de autoevaluación y de evaluación interinstitucional en el marco de un sistema de acreditación y de certificación del cumplimiento de los Principios de Responsabilidad de HAPI.

La secretaría de HAP -I se encuentra en Ginebra y está registrada como una ONG suiza que cuenta con 9 miembros de pleno derecho, desde octubre de 2004. Se pide a los nuevos miembros que presenten un plan de trabajo sobre responsabilidad en el que se indique cómo va a poner en marcha su organización los Principios de Responsabilidad de HAP -I. La acreditación de las redes de ONG y asociaciones afiliadas permite que extiendan esa certificación a sus propios miembros cuando cumplen los principios de responsabilidad de HAP -I; se espera que a largo plazo eso permita cumplir el deseo de HAP -I de que el conjunto del sistema humanitario internacional trabaje de manera responsable. (www.hapinternational.org).

Por otra parte, HAP -I fue creada para garantizar la rendición de cuentas de la comunidad humanitaria a sus potenciales beneficiarios, por lo que sus esfuerzos se concentran especialmente en la creación y la aplicación de procesos de consulta que permitan consolidar ese objetivo.

10. Intervención de los ejércitos y las ONG en los conflictos o desastres: dos caminos paralelos

En los últimos años, debido sobre todo a la complejidad de los conflictos armados, las ONG y los ejércitos han coincidido sobre el terreno en el cumplimiento de sus respectivos mandatos. La relación no ha sido fácil y no hay un acuerdo unánime sobre las actividades que deben desarrollar las agencias humanitarias y las Fuerzas Armadas en los conflictos.

Asimismo, las Fuerzas Armadas han aparecido en escenarios de catástrofes naturales. La gran cantidad de recursos humanos y materiales con los que cuentan, unido a su capacidad logística se ha traducido en una presencia de los ejércitos en la mayoría de los desastres de los últimos años. Sin embargo, las intervenciones de los ejércitos en las crisis humanitarias no respetan, necesariamente, los principios humanitarios y, por tanto, no debería catalogarse como acción humanitaria. En palabras de Alberto Piris, general de artillería en la reserva, "las misiones calificadas de humanitarias (...) han sido exaltadas hasta extremos exagerados, no deben hacer olvidar la cuestión fundamental: que los ejércitos tienen como misión básica

ser capaces de hacer la guerra y ganarla. En caso contrario resultarían inútiles y podrían ser reemplazados por otras instituciones menos costosas y más adecuadas a las tareas de ayuda a reconstrucción de los pueblos devastados por la guerra o calamidades".

Como planteamiento general, la participación de las fuerzas armadas en ayuda humanitaria sería aceptable sólo en aquellos casos en los que las agencias humanitarias no tienen la capacidad logística para poner en marcha una respuesta rápida ante una crisis a gran escala. Los ejércitos tienen suficiente capacidad para restablecer rápidamente las comunicaciones en una zona afectada por una catástrofe o facilitar agua potable a las víctimas de un desastre natural de una forma rápida y eficaz. Según ha reconocido el CAD "la decisión de involucrar a los militares es siempre una decisión política, que no siempre responde a criterios estrictamente humanitarios, y es legítimo preguntarse por las motivaciones reales de esa decisión, que además se produce en un contexto de creciente politización de la ayuda humanitaria y de emergencia[93] ".

El uso de los ejércitos para proteger a los trabajadores humanitarios también es controversial. En nuestra opinión, sería aceptable en casos excepcionales y siempre que no comprometa la imparcialidad de los trabajadores humanitarios. Este criterio es compartido por algunas de las grandes ONGD internacionales[94]. Entendemos que la relación entre militares y humanitarios sobre el terreno debe incluir el intercambio de información relativa a las necesidades de la población civil y sobre las zonas de enfrentamiento, siempre que no ponga en peligro la seguridad de la población. Cuando las fuerzas armadas son parte del conflicto, la única relación con las organizaciones humanitarias debe ser la exigencia de que respeten el DIH.

Según la CONGDE, el papel básico de las ONG frente a las fuerzas armadas es:
" La ayuda humanitaria.
" La promoción de la cultura de paz.
" El fortalecimiento sociedad civil.
" La sensibilización.
" El desarrollo de estrategias de prevención.
" La coordinación con mandatos y labores las Naciones Unidas.

93. J.A. Sanahuja. Guerras, desastres y ayuda de emergencia. Ediciones Octaedro. Intermón Oxfam, marzo 2002. Pág. 104

94. Steering Comité por Humanitarian Response (SCHR). Position Paper on Humanitarian-Military Relations in the Provision of Humanitarian Assistance. Forman parte del SCHR CICR, CARE, OXFAM, Save the Children y Médicos Sin Fronteras.

Por su parte, Jean-Daniel Tauxe[95], establecía las siguientes razones para la participación o no de los ejércitos:

- A favor de la participación:
  - Actualmente las capacidades y medios militares de muchos ejércitos occidentales están infrautilizados.
  - Aparición de nuevos conflictos en los que los civiles son blancos directos y hay una demanda creciente de intervenciones militares para restaurar la paz y la seguridad.
  - Los miembros permanentes del Consejo de Seguridad ejercen menos su derecho a veto para emprender operaciones de mantenimiento de la paz.

En nuestra opinión, estas razones no son aceptables en todos los casos. Por un lado sería preferible reducir el volumen de los ejércitos en vez de buscar actividades alternativas a las propias de los militares. Con relación a las operaciones para restaurar la paz y la seguridad, es preciso recordar que el inicio de un conflicto supone ya un fracaso de la acción política y que sería preciso reforzar esta vía e insistir en la prevención de los conflictos. En cualquier caso y de manera excepcional, la intervención de las fuerzas armadas puede ser necesaria para proteger a la población y a los agentes humanitarios. Además, de acuerdo al DIH, un ejército ocupante debe garantizar a la población los servicios básicos para su subsistencia; sin embargo, incluso en este caso se podría recurrir a organizaciones civiles para prestar estos servicios.

- En contra de la participación, Tauxe plantea que las acciones de los ejércitos son impuestas, en contra del principio de que la acción humanitaria debe ser aceptada por todos; que no son imparciales y que no existe acuerdo sobre si deben intervenir en conflictos no internacionales,

Además de los argumentos de Tauxe y del elevado coste de las intervenciones de las fuerzas armadas, existen otros argumentos en contra de la participación de los ejércitos en las crisis humanitarias. La ayuda prestada por las fuerzas armadas, sobre todo en conflictos armados, suele estar dirigida a regiones en las que las autoridades locales son favorables a las fuerzas de intervención, olvidando otras poblaciones que también puedan necesitar la atención. Además, no suele responder a una evaluación previa profesional e imparcial de las necesidades reales de las poblaciones afectadas (Intervención de los Estados Unidos y Gran Bretaña en Afganistán).

95. Jean-Daniel Tauxe, director de actividades operacionales, CICR. 45º seminario Rose Montreux marzo 2000

Adicionalmente, la población afectada puede identificar a los trabajadores humanitarios con las fuerzas armadas cuando coinciden sobre el terreno, echando por tierra los esfuerzos de estos trabajadores para conseguir la confianza, el respeto y la colaboración de esa población. Las Fuerzas Armadas, incluso bajo mandato de Naciones Unidas, son vistas por la población como una fuerza parcial o como ingerencia externa en un conflicto.

Por otra parte, de manera general, la lógica de las intervenciones humanitarias responde a la necesidad de proteger a la población civil e implica proximidad con ella. La lógica de las intervenciones militares responde a objetivos estratégicos y políticos y se basa en relaciones de fuerza. La acción militar responde a intereses políticos y estos son siempre parciales. De acuerdo al DIH, la asistencia y protección de las poblaciones civiles es responsabilidad de las partes beligerantes en un conflicto. Esta asistencia no puede ser confundida con acción humanitaria, ya que ésta es, por definición, independiente de las partes en conflicto y es la garantía que permite atender a todas las poblaciones.

- Finalmente el autor definía espacios en los que es deseable una colaboración:
  - Garantizar la seguridad de personas.
  - Facilitar información para que puedan ser localizados los desaparecidos en los conflictos. Ejemplos de lo valioso de esta colaboración ha sido el trabajo de IFOR y SFOR.
  - En la formación de OTAN y varios ejércitos participa el CICR.
  - Uso de medios logísticos militares (inundaciones en Mozambique 1999).

Por su parte, Francisco Rey[96] , en un reciente artículo destacaba la gran cantidad de militares movilizados tras el desastre causado por el tsunami en las costas del sur de Asia (más de 40.000 militares de 20 países, incluidos países que no suelen movilizar recursos ante desastres en otros países, tales como Filipinas, Afganistán, Singapur, India) y recordaba que, según un informe del CAD de 1998, el uso de medios militares es más caro que el de medios civiles. Además, señalaba que en algunas zonas de Sri Lanka o Indonesia ya existían conflictos de diverso tipo y la presencia inicial de militares pareció lógica, pero que "con el paso del tiempo el uso mediático de la participación de los ejércitos parece excesivo, parece que hay otras razones diferentes a las meramente humanitarias y la mayoría de los gobiernos afectados han pedido que se retiren los ejércitos en marzo".

96. Francisco Rey. Acción humanitaria con medios militares ¿compatible? www.iecah.org 15/02/05

11. La acción humanitaria[97] en la AOD española

11. 1. Cooperación española

En los últimos años la acción humanitaria ha adquirido un peso creciente en la cooperación española. Su participación en Centroamérica, Kosovo, Afganistán e Irak así lo demuestran.

El artículo 12 de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID) se recoge una definición de ayuda humanitaria que incluye la ayuda alimentaria. Sin embargo, según se reconoce en el Plan Director 2005-2008 "la carencia de una definición clara de la acción humanitaria ha dado lugar a incoherencias y problemas en las actuaciones de la cooperación española tanto por exceso como por defecto".

A pesar de las limitaciones de la LCID, el Plan Director 2005-2008 plantea un tipo de actuación más acorde con la visión que sobre la acción humanitaria tienen las ONG que el anterior Plan Director. Cabe resaltar que la actuación de la cooperación española esté orientada hacia las víctimas de los desastres con el objetivo de satisfacer sus necesidades básicas, restablecer sus derechos y garantizar su protección con una "motivación de humanidad", bajo los principios de imparcialidad, neutralidad y no discriminación y el respeto al derecho internacional.

Para conseguir un resultado satisfactorio el Plan Director propone las siguientes líneas estratégicas:

- ☐ Adecuación de los órganos de la cooperación española a las particularidades requeridas por la acción humanitaria para conseguir la mayor eficacia en su articulación y ejecución.

- ☐ Enfoque integrado de actividades de ayuda humanitaria, rehabilitación y desarrollo en un "*continuum operacional*" que propicie soluciones duraderas.

- ☐ Incorporación de las acciones de preparación para desastres, prevención y mitigación a todos los niveles de planificación del desarrollo, sobre todo en aquellos países proclives a este tipo de crisis.

- ☐ Impulso de acciones de sensibilización e incidencia en foros internacionales y de cara a la sociedad española.

97. Como ya se comentó en el apartado 2, el CAD y la SGPEPD utilizan el término "ayuda humanitaria", mucho más restrictivo que el de acción humanitaria.

Entre las actuaciones prioritarias planteadas cabe destacar:

- La creación de una Oficina de Ayuda Humanitaria y la elaboración de una Estrategia de Acción Humanitaria.
- El fortalecimiento de las OTC y las embajadas.
- Aumento del presupuesto hasta llegar al 7% de la AOD en 2008.
- La contabilización de los gastos operacionales militares como ayuda humanitaria y AOD de acuerdo a lo establecido por el CAD.

Sobre el papel, y en lo que respecta a la acción humanitaria, este nuevo plan supone avances con respecto al plan anterior. Sin embargo, hasta la fecha se han producido pocos avances y lo demuestra la intervención durante la emergencia de Asia causada por el maremoto de diciembre de 2004. Según se recoge más adelante, el 72% de la AOD española dirigida a esta emergencia se ha canalizado a través de créditos FAD y el gasto del Ministerio de Defensa ha supuesto más del 11%. Existe desde hace años un Área de Ayuda Humanitaria dentro de la AECI, aunque el Secretario General confirmó a la CONGDE la intención de crear una nueva estructura operativa específica para acción humanitaria.

Antes de la publicación del actual Plan Director, Intermón-Oxfam señalaba las siguientes debilidades de la acción humanitaria de la cooperación española[98] :

- Escasez de recursos. Entre 1998 y 2003 se observa un aumento, pero debe ser considerado coyuntural. El Plan Director 2001-2004 planteaba dedicar al final del periodo el 1,6% de la AOD total y el 2,5% de la AOD bilateral, por debajo del promedio del CAD, que está en torno al 7%. Esta debilidad podría resolverse en parte ante la previsión, según el Plan Director 2005-2008, de llegar a destinar a la acción humanitaria el 7% de la AOD bilateral en el año 2008.

- Descoordinación entre administraciones. Las aportaciones de la cooperación descentralizada y la cooperación no gubernamental ha superado en algunos ejercicios a las del gobierno central. La coordinación entre todos los actores no ha sido satisfactoria.

- Instrumentalización de la ayuda. A partir de la intervención tras el huracán Mitch, todas las acciones se han vinculado con otros objetivos de política exterior y de agenda política interna. La creciente politización pone en peligro la credibilidad y el apoyo público a la ayuda humanitaria y de emergencia.

- Procedimientos lentos, caros e ineficaces.

98. Intermón-Oxfam. La realidad de la ayuda 2003

■ Falta de planificación y previsión. Durante años la decisión de iniciar una operación de ayuda humanitaria quedaba a discreción de la administración. La falta de planes de contingencia o protocolos de actuación condicionó negativamente la calidad de la respuesta. En 2001 se elaboró por primera vez un "plan de contingencias" que establece tres niveles de respuesta según la intensidad de la crisis y centraba la acción humanitaria en la distribución de socorros.

■ Modelo reactivo y a corto plazo. El modelo de actuación utilizado se ha denominado "modelo Hércules" por el uso intensivo de estos aviones y su limitación a la fase crítica de las emergencias, dejando de lado las actuaciones para reducir la vulnerabilidad.

■ Ausencia del continuum humanitario. La ayuda de emergencia no refleja una visión integrada desastres-desarrollo. En los lugares en los que se ha abordado un programa de reconstrucción, tras un desastre se ha recurrido a los créditos FAD y el modelo ha recibido el nombre de "Hércules + FAD".

■ Papel creciente y problemático de las Fuerzas Armadas. La participación de las Fuerzas Armadas ya no se limita a las operaciones de paz y actúan también en situaciones de desastre. Esto parece responder a motivaciones políticas más que humanitarias, tales como las nuevas doctrinas de defensa o a la nueva imagen de unas Fuerzas Armadas profesionales.

Ante situaciones de emergencia humanitaria, la AECI ejecuta directamente las intervenciones, limitando el apoyo a las ONG a la posibilidad de utilizar la logística de la AECI para hacer llegar personal o equipos a las zonas de crisis. También financia proyectos de acción humanitaria a través de su convocatoria abierta y permanente.

Desde el punto de vista legal, la ayuda de emergencia está regulada por las siguientes disposiciones[99] :

- Orden de 2 de abril de 1983 (BOE de 6 de mayo) por la que se creó el Grupo de Ayuda de Emergencia al Extranjero.
- Ley 23/1998 de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo (BOE de 8 de julio). En sus artículos 3, 9 y 12 recoge los objetivos y principios de la cooperación española en materia de ayuda humanitaria y de emergencia.
- Real Decreto 810/1999 de 14 de mayo (BOE de 17 de mayo) por el que se crea la Comisión Interministerial para coordinar planes de ayuda humanitaria

99. Ayuda Humanitaria y de Emergencia. Informe 2000. www.aeci.es

en el exterior, que queda adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores.

- Real Decreto 1123/2000 de 16 de junio (BOE de 30 de junio) por el que se regula la creación e implantación de unidades de apoyo ante desastres.

En el Informe 2004 (página 134) se mencionaba una serie de debilidades de la cooperación española en ayuda humanitaria. Estas debilidades han seguido presentes durante el año 2004, aunque cabe destacar el compromiso de reforzar el Área de Ayuda Humanitaria de la AECI, recogido en el Plan Director 2005-2008 y confirmado por el Secretario General de AECI en una reunión mantenida con la CONGDE en julio de 2005. Asimismo, en el año 2004 ha aumentado la cantidad de fondos destinados a ayuda humanitaria, pasando de casi 89 millones de euros en 2003 a algo más de 97 millones en 2004 (ver cuadro 5. 3), aunque esta cantidad sigue siendo insuficiente para dar respuesta a las necesidades actuales. Sin embargo, este aumento se ha debido a que este año se ha añadido la ayuda para la reconstrucción[100] a los cuatro sectores contemplados en 2003. Si tenemos en cuenta únicamente la cantidad destinada a los cuatro sectores, el resultado cambia notablemente, y el total quedaría en casi 60 millones de euros, un 24% menos que en 2003. En cualquier caso, si el aumento de fondos no va unido a un aumento de la calidad de las intervenciones y no se realiza de manera coordinada con el resto de actores no se alcanzarán los resultados esperados.

En el año 2004 se ha producido un aumento del 63% en la cantidad destinada al sector de ayuda alimentaria de emergencia con respecto a los datos de 2003. En los otros tres sectores ha habido disminución, siendo la más destacable la experimentada en ayuda a refugiados en el país beneficiario, que alcanza el 62%. La ayuda para la reconstrucción, incluida este año 2004 como ayuda humanitaria, representa casi un 39% del total, siendo el sector que ha recibido más atención y superando al sector de ayuda de emergencia/catástrofes que fue el que más fondos recibió en 2003.

Al analizar la distribución de la ayuda humanitaria española según nivel de renta de los países beneficiarios, se observa un cambio importante y positivo en el año 2004 con respecto a 2003 (ver cuadro 5. 4). Mientras que en 2003 los países de renta media recibían el 94% de los fondos, en 2004 ese porcentaje se ha

100. Existe en estos momentos un debate abierto en el seno del CAD sobre la incorporación de la ayuda en reconstrucción como parte o no del total de la ayuda computable como ayuda humanitaria. Dado que en la última reunión de junio de 2005, el Secretariado del CAD se manifestó a favor de dicha inclusión y, dado además que este ha sido el criterio adoptado por la SGPEPD (Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo, del MAEC), en la elaboración del Seguimiento PACI-2004, este ha sido el criterio elegido también para la elaboración del presente informe.

Cuadro 5. 3 **Distribución del peso de los sectores en el total de la AOD bilateral en ayuda humanitaria. España, 2003/2004**

Sector	2003		2004 (€)	Variación 04/03	2004 %	2004 %
	(€)	%				
Ayuda alimentaria de emergencia	5.954.832,4	7,5	9.702.969,4	63	16,2	10,0
Ayuda emergencia / catástrofes	42.961.294,8	54,4	29.768.961,9	-31	49,8	30,6
Ayuda a refugiados (en el país donante)	18.781.224,6	23,8	16.028.785,9	-15	26,8	16,5
Ayuda a refugiados (en el país beneficiario)	11.230.239,3	14,2	4.238.556,4	-62	7,1	4,4
Total	78.927.591,1	100,0	59.739.273,6	-24	100,0	61,3
Ayuda para la reconstrucción			37.672.001,9	100		38,7
Total	78.927.591,1	100,0	97.411.275,5	23,4		100,0
% A. humanitaria / T.AOD Bilt.bruta		6,6			4,8	7,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

reducido a poco más de 55% en 2004. Estas cifras, sin embargo, deben ser tomadas con cierta cautela porque el porcentaje de fondos destinados a países de renta no especificada ha pasado de 0,1 en 2003 a 18,8 en 2004.

Cuadro 5. 4 **Distribución según nivel de renta AOD bilateral en ayuda humanitaria, España 2003/2004**

Clasificación según renta	2003 (Millones €)	2003 %	2004 (Millones €)	2004 %	2004 % (Total menos no especificados)
PMA	4.310.059	5,5	24.752.958	25,4	31,4
P. renta baja	598.359	0,8	4.191.037	4,3	5,3
P. renta media-baja	45.813.460	58	49.780.104	51,1	63,2
P. renta media-alta	28.108.397	35,6	396,82	0,4	0,001
P. no especificados	97.316	0,1	18.290.356	18,8	x
Total	78.927.591	100	97.411.276	100	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

La distribución regional de la ayuda en 2004 presenta notables diferencias respecto a años anteriores y no resulta extraño si se tiene en cuenta que las catástrofes naturales son imprevisibles. Sin embargo, teniendo en cuenta que hay países que están expuestos cada año al paso de huracanes o tifones, sería posible establecer una partida anual para atender los desastres que pudieran ocurrir. Por otro lado, muchos de los conflictos armados de la actualidad producen crisis que requieren ayuda humanitaria durante años, otra razón a favor de contar con partidas anuales que faciliten la planificación de la ayuda. Durante este año, el continente africano ha recibido el que mayor volumen de recursos, especialmente África subsahariana con un 19,4% del total (6% en 2003). África del norte, Oriente Medio y América Central y Caribe ha recibido cada uno un porcentaje mayor del 10%, representando para la primera y tercera regiones un aumento importante en términos absolutos y relativos, mientras que para la segunda supone una reducción muy considerable. Además, resulta destacable la reducción experimentada en América del Sur con respecto a 2003 y la aparición en la lista de centro y sur de Asia, región que no recibió fondos en 2003 (ver cuadro 5. 5.)

Cuadro 5. 5 **Evolución de la distribución regional de la AOD bilateral en ayuda humanitaria**

Regiones	2003 (€)	2003 %	2004 (€)	2004 total %	2004 % (Total menos no especificados)
África del norte	4.056.336	5	10452.296,30	10, 7	12,8
África subsahariana	4444.614	6	18.905.089,70	19, 4	23,3
Extremo Oriente	248.683	0,3	1.672.888,80	1, 7	2, 1
Oriente Medio	20.870.068	26	15.246.973,20	15, 7	18,8
Centro y sur Asia	x	x	8.283190,20	8,5	10,2
Asia, no especificados	x	x	87.029,70	0, 1	0, 1
América Central y Caribe	588.704	1	13.650163,70	14	16,8
América del Sur	28.963169	37	4.838.554,80	5	5,9
Europa	150.000	0,2	7.993.352,50	8,2	9,8
PVD sin especificar	19.606.017	25	16.281.736,60	16,7	x
Total	78.927.591	100	97.411.276	100	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

Por lo que se refiere a la instrumentación de la ayuda humanitaria, ha habido cambios positivos en 2004 con respecto a 2003. Así, el porcentaje de la ayuda reembolsable ha pasado de 34 en 2003 a un 15% en 2004. El 100% de la ayuda humanitaria en los cuatro sectores que habitualmente contemplaba el CAD fue canalizado en 2004 a través de ayuda no reembolsable (ver gráfico 5. 1) El 100% de la ayuda no reembolsable fue destinada a ayuda para la reconstrucción y financió la mayor parte de la ayuda humanitaria que recibieron Honduras (98,5%), Mozambique (99,6%), Nicaragua (88,5%) y Turquía (100%) (ver cuadro 5. 6).

Gráfico 5. 1. **Instrumentación de la ayuda humanitaria, 2004 (%)**

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

Cuadro 5. 6 **Distribución por países receptores del total de la AOD bilateral en ayuda humanitaria, España 2004**

* Países que ha recibido AOD para reconstrucción

Tipo de ayuda humanitaria	Nivel renta	Paises receptores	Total	% AOD en ayuda Human.	% No reem	% reem.
Varios tipos	R. sin especificar	PVD, no especificados	16.281736,6	16, 7	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Irak*	7.649.757,0	7, 9	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Población saharaui	7.000.413,1	7, 2	100,0	0,0
Ayuda reconstrucción	PMA	Afganistán*	6.693.968,0	6, 9	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Honduras*	6.310.966,1	6, 5	1 ,5	98,5
Varios tipos	PMA	Sudán	5.953.824,1	6, 1	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Bosnia Y Herzegovina*	5.139.057,0	5, 3	100,0	0,0
Varios tipos	PMA	Mozambique*	4.608.773,6	4, 73	0, 4	99,6
Varios tipos	R. media-baja	Territorios palestinos*	4.531.205,3	4, 65	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Marruecos*	3.108.405,5	3, 2	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Colombia*	3.037.141,9	3, 1	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	Irán*	2.817.826,9	2, 9	100,0	0,0
Varios tipos	R. baja	Nicaragua*	2.537.310,7	2, 6	11,5	88,5
Varios tipos	PMA	Haití*	1.953.135,0	2, 0	100,0	0,0
Varios tipos	R. media-baja	República Dominicana	1.657.475,3	1, 7	100,0	0,0
Ayuda reconstrucción	R. media-baja	Yugoslavia, R.F. (Kosovo)*	1.572.645,0	1, 6	100,0	0,0
Varios tipos	PMA	Chad	1420.615,8	1, 5	100,0	0,0
Ayuda reconstrucción	R. media-baja	Turquía*	1.281.650,5	1, 3	0,0	100,0
Ayuda de emergencia /catástrofes	R. sin especificar	África subsahariana, no especificados	1.145.508,3	1, 18	100,0	0,0
Varios tipos	PMA	Angola	1.122.707,7	1, 15	100,0	0,0
Ayuda a refugiados (en el país donante)	R. media-baja	Armenia	1.107.000,0	1, 14	100,0	0,0
Varios tipos	PMA	Congo, R. D.	1.070.906,2	1, 10	100,0	0,0
Varios tipos	PMA	Mauritania	1.010.444,4	1, 04	100,0	0,0
Varios tipos	R. baja	Costa De Marfil	994.989,0	1, 02	100,0	0,0
Varios tipos	PMA, R. media-baja, media-alta y sin especificar	Resto países recept.	7403.812,6	7, 5	100,0	0,0
		Total AOD	97411.275,5	100,0	85,3	14,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

El total de la ayuda humanitaria canalizada a través de créditos FAD se distribuyó de la siguiente forma entre los cuatro países que la recibieron:
Honduras, 43% - Mozambique, 32% - Nicaragua, 16% - Turquía, 9%

Las principales crisis en las que intervino la cooperación española en 2004 fueron las causadas por el maremoto del golfo de Bengala en diciembre de 2004, la tormenta tropical Jeanne en Haití en septiembre de 2004, el huracán Iván en Granada en septiembre de 2004, las inundaciones en Haití y República Dominicana de mayo de 2004, el terremoto de Alhucemas (Marruecos) de febrero de 2004 y el terremoto de Bam (Irán) de diciembre de 2003.

La crisis de Asia causada por el maremoto de diciembre de 2004

Según datos ofrecidos por la AECI en su página web, y que se reproducen en el cuadro siguiente, la aportación española a la crisis de Asia, a fecha 1 de febrero de 2005, ascendía a 69 millones de euros. Es preciso resaltar que los créditos suponen el 72% de esa aportación y que otro 11% fue destinado a financiar el contingente humanitario del Ministerio de Defensa. Así pues, la tendencia positiva que se apreciaba en 2004 con respecto a 2003, en cuanto a la reducción del peso de la ayuda reembolsable, podría revertirse en 2005, al menos en el continente asiático. Entre la aportación de la AECI (9,3 millones de euros) se incluía una cantidad de 3 millones de euros destinada a las ONGD que desarrollan en la zona acciones de emergencia y reconstrucción posterior. Hasta el momento no ha habido convocatoria específica para intervenciones de emergencia de ONGD en la zona y es probable que esos fondos estén disponibles en la convocatoria abierta y permanente de la AECI. El apoyo logístico facilitado por la AECI a las ONG para hacer llegar personal, equipos y materiales a Indonesia y Sri Lanka ha sido muy importante, pero creemos que no podría considerarse dentro de esa cantidad comprometida ya que los vuelos fueron planificados para enviar personal de otras instituciones (SAMUR ó SUMMA por ejemplo) y las ONG aprovechamos los espacios libres en los aviones.

Cuadro 5. 7 **La ayuda de la cooperación oficial española en cifras**

LA AYUDA DE LA COOPERACIÓN OFICIAL ESPAÑOLA EN CIFRAS (1 DE FEBRERO DE 2005)	
- Aviones enviados con personal y ayuda humanitaria de emergencia	7
- Ayuda de emergencia, incluido el transporte del Buque Galicia: alimentos, material sanitario, medicamentos, plantas potabilizadoras, hospitales de campaña, puestos médicos avanzados, vehículos, etc.	64 toneladas
- Personal desplazado (ONGD, AECI, médicos y sanitarios, bomberos,cooperantes, etc., de distintas entidades y organizaciones sanitarias y de emergencias)	156
- Aportación económica:	
AECI (incluidas las ayudas a ONGD y OO.II)	9,3 millones de euros
Ayudas de Comunidades Autónomas	2 millones de euros
Contingente humanitario (Ministerio de Defensa)	7,8 millones de euros
Créditos con alto grado de concesionalidad	50 millones de euros
TOTAL	69,1 millones de euros

Fuente AECI

11. 2. Comunidades autónomas

Las limitaciones mencionadas en el Informe 2004[101] con relación a la ayuda humanitaria prestada por las comunidades autónomas se han mantenido desde entonces. En concreto, se hacía referencia a dificultades para gestionar la ayuda con agilidad y la falta de infraestructura necesaria para la logística de la ayuda humanitaria. A pesar de ello, en 2004 aumentó la cantidad canalizada por las comunidades autónomas en forma de ayuda humanitaria (ver cuadro 5. 8). El total aumentó en un 90% con respecto a 2003, pasando de 10 millones de euros en ese año a más de 19 en 2004. Este aumento ha sido mayor que el experimentado por la AOD en su conjunto. El porcentaje que representa la ayuda humanitaria con respecto a la AOD pasó de 5,2% en 2003 a 8,7 en 2004.

101. Prosalus, Medicus Mundi, Médicos del Mundo. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004. Pág. 161.

Cuadro 5. 8 **CCAA: AOD en acción humanitaria 2004 (miles de euros)**

CCAA	AOD	Total A.H	% A.H/ Total AOD
Comunidad Foral de Navarra	16.729	704	4,2%
Junta CC Castilla La Mancha	27.206	4.592	16,9%
Comunidad Autónoma Vasca	26.450	1.219	4,6%
Gobierno de las Islas Baleares	8.130	547	6,7%
Comunidad A. de la Rioja	1.992	263	13,2%
Principado de Asturias	6.800	730	10,7%
Comunidad A. de Cantabria	3.405	44	1,3%
Generalitat de Valencia	21.492	2.201	10,2%
Diputación General de Aragón	5.835	332	5,7%
Generalitat de Cataluña	31.358	2.751	8,8%
Junta de Extremadura	4.860	1.326	27,3%
Junta de Andalucía	32.615	2.057	6,3%
Comunidad de Madrid	17.392	690	4,0%
Junta de Castilla y León	6.353	407	6,4%
Gobierno de Canarias	4.476	775	17,3%
Xunta de Galicia	5.787	534	9,2%
Región de Murcia	2.630	298	11,3%
TOTAL	223.513	19.469	8,7%

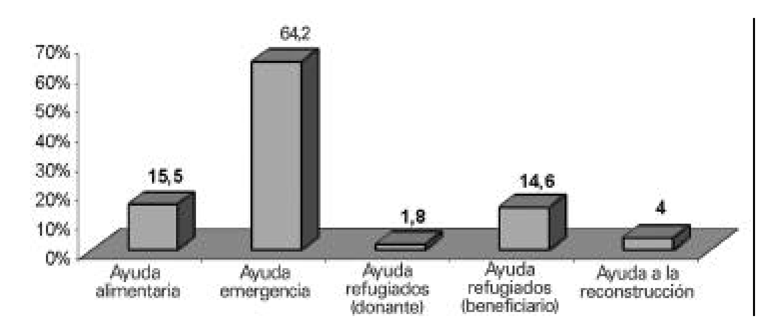
Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

La comunidad autónoma que más fondos, en términos absolutos, destinó durante 2004 a ayuda humanitaria fue la de Castilla-La Mancha, con algo más de cuatro millones y medio de euros. Esta comunidad fue también la que más fondos destinó a este fin en el año 2003. Hay que destacar también que todas las comunidades, salvo País Vasco, Cantabria, Canarias y Galicia, aumentaron la cantidad de fondos destinada a ayuda humanitaria en 2004 con relación a la dedicada en 2003.

En términos relativos, la comunidad que mayor esfuerzo dedicó en 2004 a ayuda humanitaria fue Extremadura. El 27% de su AOD se destinó a ayuda humanitaria, un porcentaje igual al correspondiente al año 2003. El porcentaje que representa la ayuda humanitaria frente a la AOD también aumentó en 2004 en todas las comunidades salvo en el País Vasco, Cantabria, Extremadura, Madrid y Galicia. El rango es muy amplio y oscila entre el 27% ya mencionado de Extremadura y el 1,3% de Cantabria. No es fácil definir un porcentaje ideal, pero como referencia se puede citar que la ayuda humanitaria representa el 7,8% de la AOD bilateral total española y que la media del CAD se sitúa también en torno al 7%.

La composición de la ayuda humanitaria de las comunidades autónomas en 2004 se mantiene similar a la correspondiente a 2003 (ver gráfico xx). El sector que más fondos recibió fue "ayuda de emergencia". En este año se ha incluido la "ayuda a la reconstrucción" dentro de la ayuda humanitaria. La diferencia más evidente entre la composición de la AOD española y la de las comunidades autónomas es el gran peso que tiene la ayuda a la "reconstrucción[102] " en la primera y la mayor importancia de la "ayuda de emergencia" en la segunda.

Gráfico 5. 2. **Composición de la ayuda humanitaria, CCAA 2004 (%)**

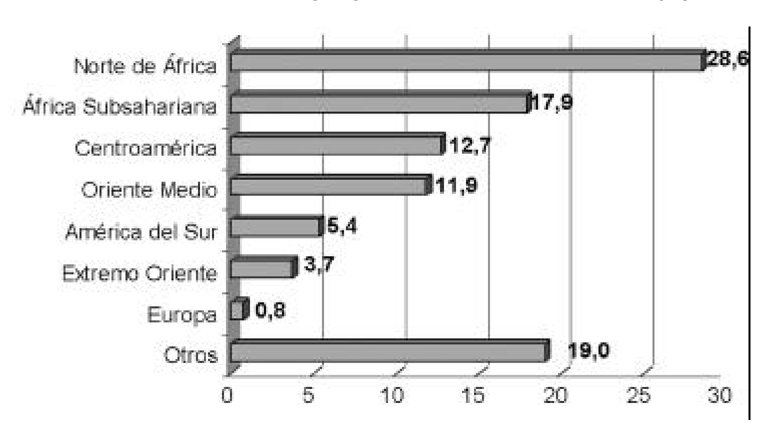


Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

102. Incluso descontando el peso de los créditos FAD (no manejados por las comunidades autónomas) el porcentaje destinado a ayuda humanitaria en la AOD española es superior al que destinan en promedio las comunidades autónomas

La zona geográfica que más ayuda humanitaria recibió de las comunidades autónomas durante el año 2004 fue el norte de África (ver gráfico 5. 3), mientras que en 2003 fue Oriente Medio. África subsahariana siguió recibiendo una cantidad importante (20% del total), aunque registró una disminución con respecto a 2003 (ese año recibió 27%).

Gráfico 5. 3. **Distribución geográfica de A.H., CCAA 2004 (%)**



Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (SGPEPD) del MAEC.

Junta de Andalucía

En el capítulo dedicado a la cooperación descentralizada en salud se incluye el estudio de la cooperación andaluza. Para completar ese estudio se revisa aquí la acción humanitaria en la Junta de Andalucía.

En el Informe 2004 no se pudo incluir información sobre la ayuda humanitaria gestionada por la Junta de Andalucía, en el año 2003, por no tener la OPE esa información. Según datos de la propia Junta de Andalucía, en ese año se destinaron 9,6 millones de euros, siendo los países beneficiarios Irak (8.535.756 euros), Argentina (1.055.660 euros), Cuba (50.504 euros) y Perú (44.400 euros). En 2004 la cantidad ha sido sensiblemente inferior, 2 millones según datos de la OPE y 2,8 millones según datos de la propia Junta. Los países beneficiarios[103] en 2004 han sido Argelia (1.600.000 euros), Argentina (1.082.481 euros) y Marruecos (154.461 euros).

103. Información recogida de la página web de la Junta de Andalucía

La Junta de Andalucía no tiene convocatoria específica de ayuda humanitaria y se van analizando solicitudes que hacen llegar las ONGD o que se plantean desde la propia Junta sin que al parecer haya criterios bien definidos. Actualmente, existe un formulario específico para la solicitud de subvenciones para ayuda de emergencia. Con la creación de la Agencia Andaluza de Cooperación se espera que se pueda mejorar la gestión de la ayuda humanitaria andaluza.

El grupo de trabajo de la Coordinadora Andaluza de ONG presentó una propuesta de protocolo de adjudicación de subvenciones, basada en la "Propuesta de homogeneización de criterios en la cooperación descentralizada", documento elaborado por la CONGDE, que constituye un excelente punto de partida.

Con el objetivo de establecer unos mecanismos adaptados a la acción humanitaria se debería tener en cuenta lo siguiente. El establecimiento de una convocatoria ordinaria anual para financiar proyectos de acción humanitaria, cuyos créditos se prevean en el presupuesto establecido para la cooperación. De esta forma, cada año nos encontraríamos con dos convocatorias ordinarias diferenciadas: una para proyectos de cooperación al desarrollo y otra para proyectos de acción humanitaria. Los fondos para esta última no deben ser extraordinarios y, sobre todo, deben estar claramente separados de aquellos que se utilizarían en caso de que se produjera una emergencia. Esta fórmula se usa ya en algunas comunidades autónomas, como en el Principado de Asturias. Además, en el caso de Andalucía, esta convocatoria tiene un claro fundamento en la Ley Andaluza de Cooperación para el Desarrollo que en el artículo 8, apartado 1, dedicado a los instrumentos de la cooperación, se lee lo siguiente:

"La política de la Junta de Andalucía en materia de cooperación internacional para el desarrollo se lleva a cabo mediante los siguientes instrumentos:
cooperación económica en condiciones no reembolsables, mediante la concesión de ayudas a proyectos de acción humanitaria, rehabilitación y desarrollo".

12. Retos y debates

El cumplimiento de cada uno de los principios en que se fundamenta la acción humanitaria ya supone un reto en la actualidad para todos los actores. Además de estos se plantean otros grandes retos para los próximos años.

- Priorizar las intervenciones hacia las comunidades y colectivos más excluidos, en situación de mayor vulnerabilidad.

- Garantizar el acceso a las víctimas.

En algunos conflictos el Estado como tal no existe o no tiene control sobre una zona concreta de un país (Liberia, Sierra Leona o Somalia). En estos casos el DIH no es aplicable, ya que los diversos clanes, milicias o facciones no se sienten ligados por tratados ratificados por sus Estados y además esos grupos armados no son sujetos de derecho internacional. En estas condiciones, llegar a acuerdos para acceder a la población suele ser muy complicado. En otros casos, como Chechenia o Irak, el acceso está limitado por problemas de seguridad.

- Evita la instrumentalización política por parte de los Estados que sustentan a las agencias y organizaciones humanitarias.

La mayoría de los fondos de las ONG tienen origen público y algunos autores alertan sobre el peligro de que las ONG se conviertan en instrumentos para materializar con menores costes los objetivos que estos marcan. La posible competencia de las ONG por los fondos públicos plantea el problema de su responsabilidad o rendición de cuentas (accountability), que parece orientarse más a los donantes o a la opinión pública de su país que a las poblaciones y gobiernos con los que trabaja. La acción humanitaria está siendo utilizada por los gobiernos de países donantes como un sustituto de la acción política para acabar con un conflicto y como un instrumento de propaganda de sus intereses.

- Mejorar la eficacia. Es preciso evaluar las intervenciones y analizar su impacto para garantizar que la ayuda llegue a todas las víctimas de acuerdo a sus necesidades. El control sobre la comida, el agua potable o las medicinas puede suponer beneficios para alguna de las partes en conflicto. En principio, la ayuda debe programarse de manera imparcial para garantizar que todas las víctimas se beneficien de ella, pero cuando la sociedad civil se militariza (por ejemplo en Ruanda la sociedad civil y los grupos paramilitares participaron también en el genocidio) es difícil identificar a las víctimas y a las organizaciones capaces de distribuir adecuadamente la ayuda.

- Mejorar la eficiencia de la acción humanitaria. En un entorno caracterizado por la escasez de recursos, resulta crucial que todos los actores humanitarios mejoren la eficiencia de sus acciones. Las ONGD rendimos cuentas a los donantes públicos y privados, pero deberíamos incorporar conceptos tales como el coste de oportunidad a la hora de decidir en qué crisis intervenir dado que no es posible hacerlo en todas. La rendición de cuentas debería generalizarse también entre los demás actores.

- Mejorar la coordinación de actividades entre los diferentes agentes para conseguir un reparto de tareas que evite duplicidades y garantice la atención de todas las víctimas.

Entre los debates en torno a la acción humanitaria se destacan los siguientes:

- *Tendencia a la militarización de la acción humanitaria.*

Gran parte de las operaciones de ayuda humanitaria se realizan en contextos de conflicto, frecuentemente escenarios de operaciones de paz. La creciente falta de seguridad en el trabajo humanitario ha llevado a pedir protección armada en el reparto de la ayuda. Existen dos posturas: el CICR advierte por su neutralidad que la interrelación entre fuerzas armadas y actores humanitarios cuestiona la imparcialidad de estos últimos, mientras que ACNUR requiere personal armado para la protección física de los campos de refugiados y el mantenimiento del orden en los mismos.

La militarización provoca problemas y distorsiona el trabajo humanitario, sobre todo si las fuerzas de Naciones Unidas se acaban convirtiendo en una parte más implicada en el conflicto. La acción humanitaria puede perder su neutralidad e imparcialidad, la población puede asociar a los trabajadores humanitarios con las tropas extranjeras y la opinión pública puede volverse en contra de la acción humanitaria.

Los ejércitos de los países donantes disponen por lo general de medios logísticos suficientes para aportar ayuda a gran escala ante una crisis humanitaria. Sin embargo, se trata de una cuestión de principios y no de medios. Los ejércitos no pueden ser agentes humanitarios ni sustituir a las ONGD o a las agencias que participan en acciones humanitarias porque no cumplen los principios humanitarios, suelen ser parte interesada en los conflictos, no utilizan los estándares internacionales y no están sujetos a evaluación o rendición de cuentas. Por tanto, la actuación de los ejércitos debería reducirse a la protección de la población y de los trabajadores humanitarios.

- *Nuevo enfoque de las crisis humanitarias*

Tradicionalmente, las crisis humanitarias se han explicado a partir de desastres naturales o perturbaciones del mercado, circunstancias ajenas a la responsabilidad de los actores nacionales o internacionales. En nuestros días, las crisis empiezan a considerarse como procesos prolongados y arraigados en unas condiciones estructurales de vulnerabilidad y, en consecuencia, la ayuda humanitaria resulta insuficiente.

- *Nuevo enfoque de la ayuda de emergencia con respecto al desarrollo*

La visión de los desastres como procesos de agravamiento de crisis estructurales y no como eventos aislados obliga a cuestionar la distinción habitual entre ayuda de emergencia y cooperación al desarrollo.

- *La acción humanitaria como sustitución de la acción política*

Numerosos autores y agencias como ACNUR (1997) interpretan que el auge de la acción humanitaria después de la Guerra Fría se debe en buena medida a que los gobiernos recurren a ella en lugar de tomar otras medidas políticas cuando éstas resultan difíciles de consensuar en el Consejo de Seguridad o entre los gobiernos. La acción humanitaria les permite mantener satisfecha a la opinión pública y a los medios de comunicación minimizando los riesgos de un posible fracaso. La acción humanitaria en Bosnia ha sido considerada por muchos como una excusa para la no intervención militar y se preguntan si hubiera habido una intervención militar más rápida por parte de la UE si no hubiera habido acción humanitaria y si puede achacarse al campo humanitario la ausencia de una diplomacia común o la debilidad en la formulación de decisiones políticas.

- *Reconsideración de los principios humanitarios y las bases legales.*

En los conflictos actuales es difícil identificar los actores de las crisis bélicas, se ciernen en mayor medida sobre la población civil y son más largos. Ello obliga a que la acción humanitaria se adapte a esta nueva situación.

13. A modo de corolario

La capacidad de respuesta de las organizaciones humanitarias va aumentando y mejorando con los años. Por su parte, la sociedad española ha demostrado su sensibilidad ante las crisis humanitarias surgidas en los últimos años. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la acción humanitaria no debe sustituir a la acción política y que muchos de los conflictos actuales podrían haberse evitado. Así mismo, a pesar de haber aumentado la capacidad de respuesta de las agencias humanitarias ante desastres naturales, no habría que descuidar el trabajo para la mitigación de desastres. En este sentido, la reducción de la pobreza en el mundo sería una buena forma de prevenir conflictos y reducir el impacto de los desastres naturales.

A pesar de los vacíos existentes, los derechos humanos y el derecho internacional humanitario constituyen normas jurídicas útiles, pero de difícil aplicación en nuestros días ante la diversidad de interpretaciones y la falta de un organismo que garantice su aplicación.

La intervención sanitaria en la acción humanitaria debe fundamentarse en prácticas basadas en pruebas, aportar el mayor beneficio en términos de salud al mayor número posible de personas, en la participación de las comunidades afectadas; así mismo hay que priorizar a la población más vulnerable. El Proyecto Esfera contiene guías que permiten mejorar la calidad de las intervenciones.

La actuación de las Fuerzas Armadas en las crisis humanitarias no sigue los principios humanitarios y resulta más costosa que la de las agencias humanitarias. Su intervención debería limitarse a prestar apoyo logístico en desastres de gran magnitud que superen la capacidad de las agencias humanitarias y brindar protección a las víctimas y trabajadores humanitarios.

En el Plan Director 2005-2008 de la AECI se utiliza un concepto de acción humanitaria más amplio y adecuado que el recogido en el plan anterior. Sin embargo hasta la fecha se han producido pocos avances y la intervención durante la emergencia de Asia causada por el maremoto de diciembre de 2004 es prueba de ello. Se ha recurrido a los créditos FAD en exceso, se han enviado toneladas de materiales sin evoluciones previas y se ha recurrido en exceso a las Fuerzas Armadas, además del gran número de personal desplazado a la zona.

Los fondos destinados por la cooperación española y por las comunidades autónomas a ayuda de emergencia en el año 2004 han aumentado con respecto a la cantidad correspondiente al año 2003. Sin embargo, este aumento resulta insuficiente ante la cantidad de crisis existentes en nuestros días. Por otro lado, este aumento de fondos debe acompañarse de acciones encaminadas a mejorar cualitativamente. Un hecho positivo evidenciado en 2004 es la reducción de la cantidad de fondos canalizados a través de créditos FAD. Es deseable que esta disminución continúe hasta desaparecer completamente.

Recuadro 5. 1

¿Quid custodies ipsos custodes?

Teresa González
Presidenta de Médicos del Mundo

Cuando el 15 de enero de 2005 partía el buque Galicia del puerto de Alicante, pudimos escuchar discursos que nos contaban que este buque, su contenido y las acciones que iba a desarrollar eran "el símbolo de toda la ayuda española".
Este buque de asalto anfibio formaba parte de la operación "Respuesta solidaria" puesta en marcha por el Ministerio de Defensa a petición del gobierno e implicaba la participación directa de unidades militares para paliar las consecuencias del tsunami que asoló el 26 de diciembre las costas del sudeste asiático.

Además del buque Galicia con su equipamiento en helicópteros, el Estado español puso también a disposición del gobierno indonesio aviones para el transporte de material y personas, que estuvieron disponibles en la zona desde el 13 de enero al 28 de febrero.

En la operación estaban implicados 530 militares agrupados en un destacamento terrestre, un destacamento aéreo y el destacamento naval.

Si bien tenemos datos de las horas de vuelo, número de personas y kilos de carga transportada por el destacamento aéreo, es difícil obtener las cifras precisas de lo realizado allá por parte de los contingentes que transportaba el buque Galicia.

El Ministerio de Defensa, en su página web enumera las siguientes acciones desarrolladas por los destacamentos terrestre y naval:

Trabajos finalizados:
- ✓ Limpieza y acondicionamiento de la propia base del contingente terrestre.
- ✓ Instalación de esterillas para mejora de siete pistas en el aeropuerto de Banda Aceh.
- ✓ Transporte de contenedor puesto de socorro alemán a campo de refugiados de Lambaré.

Trabajos en curso:
- ✓ Retirada de escombros en las zonas de Lambaroskep y Nirbaya.

- ✓ Rehabilitación de un colegio en Menengah.
- ✓ Acondicionamiento de una explanada en campo de desplazados de Sjilah-Kuala.

No sabemos qué coste tuvo el desplazamiento del buque y los trabajos realizados allá, aunque el Ministerio de Defensa hizo pública la suma total de siete millones y medio de euros invertidos en la operación.

No es la primera vez que este buque se emplea en misiones llamadas "de ayuda humanitaria". Con anterioridad participó en las acciones de ayuda tras el Mitch y en la guerra de Irak.

Suponemos que las acciones ejecutadas en el pasado fueron evaluadas por el Ministerio, con tan buen resultado, que se sigue utilizando este recurso una y otra vez, independientemente de los tiempos de navegación necesarios para llegar a las zonas afectadas y de otras circunstancias de oportunidad y dotación.

Imaginamos que las acciones fueron evaluadas, pero no es posible comprobarlo, porque no se publicaron los resultados de dicha evaluación. Y, seguramente, en el caso de que se publicaran, los indicadores utilizados por el ejercito tendrían poco que ver con los habitualmente al uso en el mundo de la cooperación y por lo tanto serían difícilmente comparables. Pero algunos de los datos, publicados en la página oficial del Ministerio de Defensa, son llamativos. Como las 8.000 horas de trabajo realizadas por el contingente terrestre, al que pertenecían buena parte de los 530 militares desplazados a lo largo de seis semanas. Si suponemos que de dicho contingente, 300 efectivos estaban asignados a las tareas de ayuda en tierra, nos saldría un rendimiento por hombre de unas 27 horas de trabajo totales en los cuarenta y cinco días que duró la misión.

No se entiende a primera vista para qué enviar un buque que llega a la zona siniestrada con seis semanas de retraso, cuyo contingente desarrolla unas actividades fundamentalmente enfocadas al acondicionamiento de la propia base, cuyo rendimiento por unidad es tan escaso y que regresa puntualmente

a pesar de las peticiones del gobierno indonesio para que prestaran asistencia en la isla de Nias, tras el terremoto del 29 de marzo, encontrándose el buque todavía próximo a la zona.

Pero en la campaña institucional para reclutar profesionales para el ejército desarrollada en los meses siguientes nos mostraban a militares realizando consultas, mirando por microscopios, transportando heridos y, en fin, desempeñando una serie de tareas que poco o nada tiene que ver con la actividad fundamental del ejército.

Quizás tenga algo que ver.

Recuadro 5. 2

Las dificultades del Derecho Humanitario en los conflictos internos.

Francisco Rey Marcos
IECAH
Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria

Los avances del derecho siempre van por detrás de las realidades sociales y también ha sido así en el ámbito del Derecho Internacional Humanitario (DIH). Hubo que esperar hasta 1949 para que se incluyera a la población civil como sujeto de protección (IV Convenio de Ginebra de 1949), y no fue hasta 1997, con la aprobación del Protocolo II de los Convenios de Ginebra de 1949, que el DIH prestó atención a los conflictos armados internos: las guerras civiles. Incluso en su propio nombre el Protocolo II es significativo de la prudencia con la que la comunidad internacional se planteó el tema. Lo denominó "para la protección de las víctimas de los conflictos armados de carácter no internacional", definiendo por negativo su ámbito de aplicación.

Una muestra de las dificultades a las que se enfrentó la redacción del Protocolo II es que así como los Convenios del 49 se consensuaron en tan solo cuatro meses, el Protocolo II necesitó de cuatro años de duras negociaciones para su aprobación; y aún siendo ya en aquella época los conflictos armados internos los más frecuentes en el mundo, algunos países no lo firmaron. Los temores por parte de los Estados por no dar algún tipo de reconocimiento a los actores no estatales como guerrillas, milicias, grupos paramilitares, insurgentes en suma, estuvieron y están en la base de esta posición.

Para que en un conflicto armado interno sea aplicable el Protocolo II, los contendientes, caso de no ser el Estado, deben ser grupos armados organizados, contar con un mando responsable de las operaciones bélicas, ejercer un control sobre una parte del territorio y tener capacidad para realizar operaciones militares sostenidas. El DIH es un derecho muy pragmático que reconoce situaciones de hecho y no entra en la voluntad, los objetivos o las supuestas legitimidades de los actores armados para emprender sus luchas. Este es el punto más relevante de las controversias. Reconocer que existe un grupo armado organizado que forma parte de un conflicto armado, no supone per se darle un reconocimiento político, ni mucho menos otorgarle ningún tipo de legitimidad. Por el contrario, supone que a ese grupo se le

pueden exigir las obligaciones del DIH y, por tanto, sus responsables ser juzgados por crímenes de guerra en los casos de violación de esas normas.

El DIH, como todo el cuerpo jurídico internacional, es firmado y ratificado por Estados y, obviamente, otros actores no estatales no tienen esa potestad. Sin embargo, tanto los Estados no firmantes, como el resto de actores están obligados a su cumplimiento considerando el carácter consuetudinario de las normas. Esta ha sido, por ejemplo, la interpretación que han dado los Tribunales Penales Internacionales (TPI) y que se incorpora en el artículo 8 del Estatuto de la Corte Penal Internacional (CPI). Así, en la sentencia sobre el "caso Tadic", el TPI para la antigua Yugoslavia expresó claramente "en el ámbito de los conflictos armados, la distinción entre conflictos armados o guerras civiles pierde valor por lo que respecta a las personas".

La nueva tipología de conflictos surgida tras el fin de la guerra fría, su complejidad, el hecho de tener a la población civil como objetivo de las hostilidades, entre otras, plantean nuevos retos a la acción humanitaria y, obviamente, al DIH y, tal vez, pudiera ser necesaria una actualización de ciertas normas. Colombia, Somalia, Palestina, Sudán... nos recuerdan dramáticamente cada día esta realidad. Pero no nos engañemos con huidas hacia delante. El problema no es de normas sino de voluntad de cumplirlas y de mecanismos eficaces de control y sanción. Y esos, de modo embrionario, ya existen. Exijamos el cumplimiento del DIH a todos los beligerantes y denunciemos sus violaciones.



ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS)

1. Introducción

La salud es y ha sido una prioridad de todas las políticas de desarrollo, existiendo un reconocimiento explícito de su relevancia por parte de toda la comunidad internacional, aunque han surgido discrepancias en cuanto a las estrategias para mejorar el estado de la salud mundial, especialmente en aquellos países donde la carga de pobreza y de enfermedad es elevada.

Hacia mediados del siglo XX, la mayor parte de la comunidad internacional consideraba que la solución a los problemas de los países empobrecidos pasaba por replicar el modelo de desarrollo occidental, que en el sector de la salud se centraba en el desarrollo de los centros hospitalarios. Este modelo basa la mejora de salud en el desarrollo de unas infraestructuras hospitalarias y personal altamente cualificado y especializado que dieran asistencia sanitaria a la población. Sin embargo, este modelo, que ha funcionado adecuadamente en los países europeos, se basa en dos premisas que la mayoría de los países del mundo no podían alcanzar.

Por una parte, se necesita un desarrollo económico elevado para, bien a través del presupuesto público, bien por pago individual por servicios, mantener económicamente los servicios sanitarios para la mayoría de la población. Unos servicios sanitarios basados principalmente en la curación de la enfermedad y en el desarrollo de medicamentos y tecnologías cada vez más complejas que puedan combatir todas las enfermedades, no importa el costo de las mismas. Mantener un sistema inclinado a la asistencia sanitaria más que a la prevención supone un gran coste económico para los Estados; además, supone una visión asistencialista de la salud. Es un hecho constatado que la mayor parte de los problemas de salud de hasta el 80% de la población se soluciona sin tecnologías demasiado costosas y con actividades de promoción y prevención, incluyendo los hábitos saludables. El estilo de vida y el entorno suponen los determinantes más importantes sobre nuestra salud, superando con creces a los servicios de salud o la propia biología humana.

Por otra parte, el modelo se basaba en el desarrollo de personal altamente especializado, con unas ratios de personal sanitario, tanto personal de enfermería como médico, muy elevadas, que permite dar cobertura a la mayor parte de la

población tanto urbana como rural. Esto supone, además de unos recursos económicos elevados para pagar plantillas e incentivos, la asunción de un papel muy relevante, casi exclusivo, de tales profesionales en la determinación de cuáles son las necesidades de salud de las comunidades donde trabajan, sin que la participación de la comunidad u otros agentes implicados en la salud tengan capacidad de decisión.

Aunque el modelo de desarrollo de los centros hospitalarios resultara útil en países con alto desarrollo económico, la realidad de los países empobrecidos no permitía su adopción. Estos países, en contexto de pobreza, con unas economías frágiles y, en muchos casos, en fase postcolonial, no disponían de los recursos económicos, técnicos ni humanos que ese modelo exigía. Asimismo, las características demográficas, con poblaciones fundamentalmente dispersas en las áreas rurales, tampoco favorecían el desarrollo de un modelo sanitario basado en la atención hospitalaria en centros ubicados en las grandes ciudades. Cuando en los años 50 se desarrolló el concepto de centro de salud rural (centros sanitarios de primer nivel de atención que se ubicaban en los núcleos rurales), seguía siendo una estructura asistencialista, que en muchos países del Sur en la época postcolonial dejaron de funcionar por la falta de medios y de personal cualificados.

Además de los problemas derivados de los modelos sanitarios imperantes en ese momento, otro hecho vino a alterar el modo con que se abordaba las acciones para mejorar la salud. La comunidad internacional, a través de instituciones como la OMS, se dio cuenta de que las inequidades y las carencias en la salud afectaban no solo a cada país en particular, sino que existían problemas de salud comunes que exigían soluciones globales, sin estar delimitadas por las fronteras nacionales.

Además, había ciertas enfermedades en determinados países que podían afectar a la población de otros países vecinos o no. Recientemente, se han dado casos como la evolución de la pandemia del sida o la propagación de la malaria entre distintos países vecinos.

Estos hechos otorgaron a las instituciones sanitarias de un país una doble responsabilidad. Por una parte, los Estados debían cuidar de la salud de sus ciudadanos y atender los problemas de las poblaciones de otros países. Asimismo, los Estados debían asumir que los problemas de salud de su país podían afectar a otras poblaciones.

A su vez, la comunidad internacional se obligaba a generar estrategias comunes de actuación ante algunos de los problemas de salud. En este contexto, apareció la estrategia de Atención Primaria de Salud.

2. Concepto

A finales de la década de los 70 del siglo XX, más de la mitad de la población del mundo no recibía una atención de salud adecuada y las estadísticas sanitarias de los países en desarrollo no presentaban mejoras respecto a décadas anteriores. Así en 1975 y 1976, la OMS se plantea la necesidad de aumentar la cobertura de los servicios de salud y reducir la inequidad: todo ello quedó plasmado en la estrategia "Salud para todos". Posteriormente, el año 2000 se estableció como límite para que todos los países desarrollasen estrategias que mejorasen la cobertura y la equidad de los servicios de salud. El objetivo general de la estrategia "Salud para todos en el año 2000" era intentar reducir las inequidades y las carencias de salud mundiales. Para cumplir con este objetivo general, se proponen unas metas en salud que cada país debe cumplir.

La estrategia de "Salud para todos en el año 2000" y el evidente fracaso de las políticas de salud centradas en el modelo hospitalario llevaron a la OMS y UNICEF a organizar, en 1978, la Conferencia de Alma-Ata (Kazajistán), convocando a 134 países y 67 organizaciones internacionales. Resultado de esa reunión fue la Declaración de Alma-Ata que sienta las bases de la Atención Primaria de Salud (APS). La APS se basa en algunas experiencias muy positivas que entre los años 1960 y 1970 se obtuvieron, principalmente, en China y en otras regiones como Centroamérica, Filipinas, o Sudáfrica sobre atención de salud basada en la comunidad[104] . La Declaración de Alma-Ata define la APS (punto VI, ver cuadro) como "unos cuidados primarios de salud que se basan en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Los cuidados primarios forman parte integral y central del sistema de salud, y es el primer nivel de contacto entre los individuos, familias y comunidades con los sistemas nacionales de salud. Es el primer elemento de un proceso continuado de cuidados de salud".

104. "Cuestionando la solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil", 2000,David Werner, David Sanders et al. Helathwrights

Pese a su valor orientativo, la definición ofrecida es confusa, ya que se habla de cuidados de salud y de primer nivel de atención, pero no deja espacio para otros componentes de la APS en el primer nivel de atención como la vivienda o la nutrición. El concepto de la estrategia de Atención Primaria de Salud, según David Tejada, uno de los organizadores de la Conferencia, se desvirtuó casi desde el momento de su nacimiento[105] . Una de las razones la encontramos en el hecho de centrarse exclusivamente en la sanidad, En efecto, en inglés se denominó cuidados primarios de salud; cuidados tiene una connotación más amplia que la palabra atención, que es la más extendida en castellano. La palabra cuidado denota relaciones horizontales y participativas; es intersectorial, mientras que la atención es vertical, poco o nada participativa y se suele referir al sector sanitario. Estos problemas de interpretación, según el Dr. Tejada, no fueron consecuencia de la Conferencia de Alma-Ata, sino de la falta de una adecuada difusión, asesoría y seguimiento por parte de los gobiernos y de los propios organismos internacionales.

Según el Doctor Tejada, los elementos clave de Alma-Ata se resumen en el siguiente cuadro:

10 PUNTOS PRINCIPALES DE LA DECLARACIÓN FINAL DE LA CONFERENCIA DE ALMA-ATA[106]

1. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y es un derecho humano fundamental. La consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, que requiere de la acción de muchos sectores.

2. La desigualdad existente en la salud de las personas es inaceptable e involucra de manera común a todos los países.

3. El desarrollo económico y social es esencial para poder alcanzar la salud para todos, y la salud es esencial para el desarrollo sostenible y la paz en el mundo.

4. Las personas tienen el derecho y el deber de participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

105. "Perspectivas de salud" OPS, 2003 Vol 8, Nº 2

106. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_3.htm

5. Un objetivo principal de los gobiernos y la comunidad Internacional debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud (APS) es la clave para conseguir este objetivo.

6. La APS se basa en la práctica, en las pruebas científicas y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a través de la participación social, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Es el centro del sistema sanitario y su primer nivel de contacto, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan.

7. La APS refleja las condiciones del país y de sus comunidades, y se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad. Debería llevar a una mejora progresiva de la atención sanitaria para todos, dando prioridad a los más necesitados.

8. Los gobiernos deberían formular políticas y planes de acción para establecer la APS como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Esto requiere del ejercicio de voluntades políticas, a fin de movilizar recursos internos y externos.

9. La consecución de la salud, por la población de un país, afecta y beneficia directamente a cualquier otro país. Todos los países deberían cooperar para asegurar la APS en todo el mundo.

10. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000 mediante una utilización mejor de los recursos mundiales, gran parte de los cuales se gastan hoy día en conflictos militares.

"La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y eficaz para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo…con el espíritu y contenido de esta Declaración."

Como podemos observar en el cuadro, la estrategia de la APS relaciona la salud con el desarrollo económico, la política y la justicia social, y fomenta un modelo de desarrollo donde la participación de la población y la responsabilidad de los Estados para con la salud son dos de sus elementos más destacables. En cuanto a los sistemas nacionales de salud, esta estrategia apoya el papel de los sistemas públicos. De este modo, aquellos países que optan por sistemas con proveedores privados difícilmente pueden cumplir con todas las premisas y principios que aparecen en el cuadro, ya que confluyen otros intereses en la prestación de los servicios, además de los propiamente sociales y de salud.

No obstante, es necesario puntualizar algunos aspectos que han evolucionado desde que se gestó la idea de la APS.

La definición estática de la salud que se deja entrever en el cuadro ha dado paso a una definición más dinámica, donde las personas y comunidades no tienen el mismo estado de salud-enfermedad a lo largo del tiempo y, por lo tanto, medidas tendentes a alcanzar un nivel de salud aceptable en un momento determinado, puede que no sean las adecuadas en otro. El binomio salud-enfermedad es un proceso en constante evolución que debe ser analizado permanentemente. De hecho, la misma implementación de una estrategia de APS debería poder cambiar las prioridades de acción y ayudaría a cambiar el perfil epidemiológico de la zona o país.

Por otra parte, el concepto de APS adolece de amplitud y vaguedad. En el punto 6 aparece la APS como primer nivel de contacto con el sistema, equiparando estrategia con nivel de atención. La APS debe considerarse como una estrategia de salud global y los niveles de atención secundaria y terciaria (la atención hospitalaria especializada) también deben ser partícipes. Es necesario que, como estrategia global, los distintos niveles de atención, incluida la hospitalaria, se rijan por los mismos principios. Si queremos mejorar el estado de salud de una población, todos los niveles deben mantener una estrecha relación, especialmente con el primer nivel de atención, porque es la primera puerta de contacto y donde se pueden conocer y detectar la mayor parte de las necesidades sanitarias de la población. Hay que recordar que según la definición que se da en Alma-Ata, la APS "es el primer elemento de un proceso continuado" y "el foco principal del sistema sanitario". Por tanto, conseguir salud para todos es responsabilidad de todo el sector sanitario.

Aunque no existe una definición universalmente aceptada, la misma OMS, en el capítulo 7 de su informe de 2003, considera que la APS es más que el primer

nivel de atención y que sus principios deben informar y orientar el funcionamiento de los sistemas de salud en su conjunto. Tales principios son: acceso y cobertura universal en función de las necesidades de salud, equidad sanitaria, participación y enfoque multisectorial.

Para la OMS, actualmente existen 4 grandes problemas de los sistemas de salud que deben ser orientados con los principios de la APS:

- El personal sanitario es insuficiente y su formación escasa.
- La información sanitaria es insuficiente para conocer las necesidades reales de salud de la población.
- La falta de recursos financieros y su mala asignación. En muchos países existe un gasto desproporcionado en asistencia terciaria que no cubre la morbilidad real.
- El reto que supone ejercer la rectoría para aplicar las políticas sanitarias adecuadas y la necesidad de tener capacidad institucional para asumirla adecuadamente.

La indefinición conceptual de la APS ha permitido que sea concebida de forma muy diversa por los distintos países y que no se desarrolle en su totalidad. Nosotros abogamos por definirla como una estrategia dinámica de salud basada en unos principios fundamentales de equidad, participación, acceso universal, fomento de la salud e intersectorialidad, que deben impregnar todo el sistema de salud, desde cada uno de los niveles de atención sanitaria hasta las políticas sanitarias, sociales y económicas que afecten a la salud. Esta estrategia prioriza los cuidados primarios de salud, que acerca las decisiones de la salud a la ciudadanía, además de resolver la mayor parte de sus problemas sanitarios.

Las diferentes formas de entender la estrategia de APS ha dificultado su puesta en práctica. Para las instituciones sanitarias se presenta el reto de articular procesos, protocolos y políticas que definan real y comprensiblemente los pasos que deben dar todos los actores implicados en la estrategia de la APS.

3. Principios de la APS

Los principios fundamentales que sustentan esta estrategia son los siguientes: (Ver anexo 1- Declaración de Alma-Ata):

- **Equidad**. Se considera inaceptable e injusto el estado de desigualdad en la salud, no ya entre los países, sino entre la población de un mismo país. La cobertura de la salud debe basarse en las necesidades de cada población, y cuantas más sean las necesidades de salud de un sector, mayor debe ser el esfuerzo que el sistema haga para solucionar sus problemas.

- **Acceso**. Para eliminar las inequidades se aboga por el acceso universal de toda la población a unos servicios básicos de salud tanto preventivos como curativos, que se resumen en[107] :

- educación sanitaria y promoción de la salud;
- suministro de agua de consumo humano;
- nutrición, atención materno infantil, incluida planificación familiar;
- inmunizaciones;
- salud mental;
- prevención y control de enfermedades endémicas locales;
- tratamiento de emergencias y traumatismos comunes.

- **Multisectorial.** La salud de una población no depende exclusivamente del sistema sanitario. De hecho, existen unos condicionantes de la salud que afectan de forma importante a la salud de la población: la pobreza, el agua y la nutrición, la vivienda, hábitos de vida...

- **Participación.** Hasta hace poco, la comunidad era vista como un receptor pasivo de cuidados médicos. Ahora el papel de la comunidad es más importante y se habla del derecho a participar no solo en las acciones sino también en las políticas de salud que le atañen.

- **Fomento de la salud.** La APS deja de centrarse exclusivamente en la asistencia a la enfermedad como objetivo principal, para incorporar la promoción de la salud como componente fundamental para la mejora de la salud, tanto individual como colectiva.

Al tratarse de una estrategia de salud basada en la comunidad no supone la exención de responsabilidad por parte de los Estados. Como se acaba de señalar,

107. " La atención primaria de salud. Viejos compromisos y nuevos retos" Javier Santacruz Varela. Costa Rica. 2002

se insta a los gobiernos e instituciones internacionales a asumir el deber de asegurar la salud de toda la población, formulando políticas nacionales y estrategias que sostengan los cuidados primarios de salud como parte de un sistema de salud nacional y en coordinación con otros sectores como la agricultura, educación, industria, vivienda, comunicación... Por lo tanto, los gobiernos deben integrar la APS dentro de sus políticas nacionales de salud dándoles un lugar preferente.

Otros actores también tienen su papel en la APS. Es el caso de las ONG y otros proveedores privados que han pasado de participar en la implementación de la APS a financiarla (y en algunos casos gestionarla), lo que la misma OMS asume como un desafío y una oportunidad para la función de rectoría de los Estados. Es necesario que tanto las instituciones internacionales como los gobiernos y las ONG y entidades privadas conozcan las funciones que deben desarrollar en esta estrategia y deben formarse adecuadamente para ello.

4. Componentes de la APS

Como ya hemos comentado, la estrategia de Atención Primaria de Salud no tiene unos objetivos estáticos, sino que van modificándose en función de las necesidades de salud de las personas y comunidades. Cuando hablamos de la APS en el primer nivel de atención, se puede desagregar en 9 componentes estratégicos cuyo desarrollo refleja su evolución. Dichos componentes son los siguientes:

- Promoción de la salud
- Atención materno infantil
- Inmunizaciones
- Saneamiento ambiental: control y tratamiento de agua
- Salud y vivienda
- Control de excretas y basuras
- Alimentación y nutrición adecuada
- Prevención y control de enfermedades endémicas
- Suministro de medicamentos esenciales

Los cambios más acusados desde que se concibieron estos componentes se han dado fundamentalmente en tres:

- *Materno infantil.* Aún entendiendo los lazos de unión entre salud materna e infantil, se han disociado los dos términos, para que no se contemple a la mujer sólo en su papel de madre. Así, en el campo sanitario la salud materna ha dado paso, primero, al concepto de salud reproductiva y, posteriormente, a la salud sexual y reproductiva, concepto surgido en la Conferencia de El Cairo que contemplan, además de los problemas inherentes al embarazo y al parto, los derechos de las mujeres a acceder a la planificación familiar, la lucha contra la violencia de género y la participación de la mujer en los aspectos que afecten a su salud. En cuanto a la salud infantil, no ha habido variaciones.

- *Saneamiento ambiental.* El aspecto medio ambiental de la salud se amplia más allá del control y tratamiento del agua. Cuando se concibió la APS, se trabajaba con los problemas derivados de la utilización de agua no potable para uso humano, la eliminación de excretas y de aguas estancadas como reservorios de mosquitos que provocan enfermedades, y la falta de vertederos para las basuras y los desechos, especialmente los sanitarios. Actualmente, el concepto medio ambiental ha evolucionado y se tienen en cuenta otras variables como la constatación de la escasez de los recursos naturales que nos obliga a analizar la pertinencia y la viabilidad de las acciones. Asimismo, se debe considerar el efecto que el cambio climático está provocando en las poblaciones más vulnerables, exacerbando situaciones extremas como sequías, inundaciones, o hambrunas. Por lo tanto, en el componente de medio ambiente de la APS debemos incluir acciones directas o preventivas de catástrofes naturales, para intentar contener las consecuencias de los efectos de los cambios climáticos en la población.

- *Prevención y control de enfermedades endémicas.* En el patrón epidemiológico ha habido un cambio muy importante: se trata de la irrupción del sida y sus efectos con consecuencias en las prioridades y políticas sociales y de salud. Por otra parte, el incremento de las enfermedades crónicas y de la esperanza de vida ha supuesto un aumento de necesidades sociales y sanitarias que muchas veces no se contemplan en las estrategias que priorizan, exclusivamente, las enfermedades infecciosas, ocultando, por ejemplo, las carencias de las personas ancianas. El envejecimiento de la población conlleva necesidades de salud muy específicas y, generalmente, su cobertura se realiza desde el primer nivel de atención. Otro grupo de enfermedades, las mentales, han permanecido ocultas sobre todo en las poblaciones más vulnerables, lo que ha provocado una falta de acceso generalizado de las personas afectadas, no solo

por falta de recursos económicos sino por la falta de conocimientos adecuados por parte del personal sanitario.

El resto de componentes no ha sufrido gran variación. En la promoción de la salud se contempla no solo la educación sanitaria para no enfermar, sino también la promoción de hábitos saludables. La nutrición y las inmunizaciones no han sufrido grandes variaciones. La vivienda y la eliminación de las excretas y basuras siguen siendo dos aspectos fundamentales para la salud. En cuanto al suministro de medicamentos esenciales, se contempla el problema desde el ámbito local e internacional, por las repercusiones que tienen los acuerdos comerciales. Además, se contempla como un ciclo que va desde la falta de investigación hasta la eliminación, pasando por la distribución, almacenamiento y uso racional de los medicamentos.[108]

5. Evolución de la APS

La promoción de la salud primaria en la que se basa la APS ha ido evolucionando, a partir de los análisis surgidos en las asambleas y reuniones de la OMS.

En 1986 se celebró en Ottawa la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Las conclusiones fueron recogidas en la "Carta de Ottawa". En ella, además de dar una definición sobre promoción de la salud, se establece que cualquier mejora de la salud debe basarse, necesariamente, en los siguientes condiciones y requisitos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

En la Carta se expone una estrategia con cinco acciones fundamentales:

- Construcción de una política pública favorable a la salud.
- Crear ambientes o espacios propicios (saludables).
- Desarrollar aptitudes personales.
- Fortalecer las acciones de la comunidad.
- Reorientar los servicios de salud.

En Adelaida (1987) aparecen novedades como son el reconocimiento de la importancia de la mujer como promotora principal de la salud y la política pública sana como eje de las otras cuatro áreas de la Carta de Ottawa.

108. "Medicamentos y desarrollo. La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo". Medicus Mundi. Noviembre 2003

En Sundvall (1991), se profundizó en las estrategias para la generación de un medio ambiente propicio para la salud, considerándose prioritario. Así mismo, en la Conferencia de Yakarta (1997) se recordaron varios principios de la APS que parecían olvidados: la pobreza es la mayor amenaza para la salud y las soluciones integrales de las cinco áreas definidas en Ottawa dan mejores resultados que las individuales. Además se recordó que la participación es indispensable para la sostenibilidad y que el aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. Se expusieron las siguientes prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Aumentar las inversiones en desarrollo para la salud.
- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

En la V Conferencia de Promoción de la Salud, celebrada en México (2000) se comprobó que la participación no se estaba trabajando adecuadamente y se énfatizó en la necesidad de empoderar a los individuos y a las comunidades para desarrollar los cuidados primarios de salud, a fin de que la ciudadanía pueda ser realmente responsable de su propia salud.

La OMS ha recalcado siempre la importancia de la APS. En la asamblea de 2003 y en el 25º aniversario de la conferencia de Alma-Ata, la OMS solicitó a sus Estados miembros, a las agencias internacionales (incluida la propia OMS) y a las ONG un esfuerzo para poder establecer una política y unos programas de APS. En concreto, se solicitó que:

1. se asignaran recursos suficientes para el desarrollo de la APS con el fin de contribuir a la reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud;

2. se fortaleciera la capacidad en materia de recursos humanos dedicados a la atención primaria de salud para hacer frente al incremento de la carga impuesta por la situación sanitaria;

3. se respaldara la participación activa de las comunidades locales y los grupos de voluntarios en la atención primaria de salud;

4. se apoyaran las investigaciones encaminadas a encontrar métodos eficaces para vigilar y fortalecer la atención primaria de salud y vincularla con el mejoramiento general del sistema sanitario;

En el informe redactado por la Secretaría General de la OMS para dicha Asamblea[109] , se asegura que los conceptos que se elaboraron en la Conferencia de Alma - Ata, sumando nuevas ideas, continúan influyendo en aspectos primordiales de las políticas internacionales de salud, y que se muestra una adhesión universal a los principios de la APS mencionados anteriormente. Incluso las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud subrayan la necesidad de potenciar las intervenciones intersectoriales de salud y la acción comunitaria. La OMS también reconoce que los cambios producidos en los 25 años de vigencia de la APS obligan a adaptar la estrategia para dar respuesta a las nuevas necesidades y disponer de recursos suficientes y estables.

Se diría que la OMS está interesada en potenciar la APS. Sin embargo, con frecuencia surgen incongruencias en los diferentes documentos en cuanto al concepto de la APS que propugna. Si bien en los estudios de la OPS se recoge un concepto de APS integral, multisectorial y participativo, llama la atención que la OMS promueva y apoye el limitado papel que se le da a la APS en la última iniciativa de la Asamblea General de la ONU y que ha asumido la Organización Mundial de la Salud, es decir, los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a la salud.

En los ODM no parece que se haya integrado el concepto de APS como estrategia intersectorial y participativa, ya que no existe ninguna referencia definida o apoyo expreso a fomentar una política de salud basada en una estrategia de APS. Este hecho se confirma al constatar que la APS aparece dentro de los ODM solamente en el apartado de indicadores, exactamente en el indicador 34: "Proporción de la AOD bilateral y por sectores de los donantes del CAD para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento)"[110].

La inclusión de este indicador de la APS así definido plantea dos problemas. El primero de ellos es que en los ODM tenemos aspectos que se podrían integrar como componentes dentro de la propia estrategia de APS: Los objetivos 1, 4, 6, y gran parte del objetivo 7 (metas 10 y 11) y del 8 (meta 17) tienen mucho que ver con la APS (véase anexo). Además, este indicador de APS está separado de otros indicadores como los de nutrición, abastecimiento de agua o saneamiento, todos componentes de la APS. Sólo se explica con una visión reduccionista hacia el aspecto exclusivamente sanitario de la APS, que contradice el concepto integral y multidisciplinar aparecido en los documentos, declaraciones y

109. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario" OMS A56/27 2003

110. http://unstats.un.org/unsd/mispa/mi_indicator_xrxx.aspx?ind_code=34

acuerdos internacionales que se han suscrito referentes a la APS. De hecho, algunos consideran los ODM como programas verticales que no cubren importantes áreas de riesgos prevenibles y enfermedades crónicas, y contradicen la ideología de los cuidados de salud primarios[111] . Una posible explicación a esta confusión entre indicadores proviene de la necesidad de consenso para definir la APS y de la dificultad que tiene la APS para ser aceptada por algunos países como estrategia de salud.

Esta visión de la APS se mantiene en otros organismos internacionales. Como ya se ha señalado en anteriores informes, ni siquiera el CAD, máximo referente en la orientación de las política de cooperación internacional, tiene en su base estadística una distinción conceptual de componentes sanitarios que permiten realizar un cálculo aproximado de los recursos destinados a la APS por parte de la comunidad donante.

La clasificación que presenta del sector salud es deficitaria y, a veces, confusa. El CAD divide el sector de la salud en tres apartados: salud básica, salud general y programas y políticas sobre población y salud reproductiva. Aunque se pudiera pensar que la salud básica (unida a la parte básica del sector de población y salud reproductiva) pudiera equipararse con los cuidados primarios sanitarios, no es así. En la salud básica, dentro del subsector de infraestructura sanitaria básica, junto a clínicas y dispensarios, entran hospitales regionales, que pueden superar el primer nivel de atención. Además, otros aspectos importantes de la APS, como vivienda, agua o nutrición, aparecen en otros sectores del CAD sin que podamos desagregar su componente sanitario para analizarlo.

La forma de computar la salud del CAD impide conocer el esfuerzo real que la cooperación internacional dedica a fortalecer las estrategias de implementación de la APS, por parte de los donantes. Es necesario que la cooperación internacional y los países receptores hagan un esfuerzo para mejorar el sistema de registro y cuantificar la ayuda que se destina a los componentes de la APS. Para ello, bastaría desagregar los diferentes componentes de APS en subsectores, para poder sumarlos.

Asumir una estrategia de APS ayudaría en gran medida a conseguir los ODM. Pueden aparecer muchas dificultades que impidan la consecución de los ODM. Dos de las más importantes son la falta de recursos y la falta de una política rectora que ayude a clarificar y a aunar todos los esfuerzos. La APS incide en ambos problemas: es una estrategia eficiente y puede llegar a organizar y clarificar los objetivos de la política de salud de un país.

111. http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/mdgs_final.pdf

Además, el hecho de que priorice un primer nivel de atención sanitario adecuado y participativo, donde la mayor parte de la ciudadanía accede a los servicios sanitarios, sólo puede tener consecuencias positivas para la consecución de los porcentajes de los ODM. Como ya hemos comentado, dentro de los cuidados en el primer nivel de atención se debe mejorar la nutrición, el agua, la vivienda y el saneamiento. Además, como la APS prioriza los problemas más importantes de salud, en los países en desarrollo normalmente debería fijar la atención en la salud de la mujer y del niño, y las enfermedades prevalentes, lo que supone luchar contra las pandemias de sida, tuberculosis o malaria. La ventaja de la APS es que sus beneficios no se quedarían solamente en los resultados sobre los ODM, sino que tendrían una incidencia positiva sobre la salud en general.

6. Críticas a la APS

Desde su aparición, han existido voces críticas del ámbito sanitario y de la cooperación afirmando que no es factible la implementación de este modelo de APS multidisciplinar[112], y abogan por la llamada APS selectiva. Posteriormente, y tras la crisis económica de los años 80, las propias organizaciones internacionales comenzaron a dejar de apoyar la estrategia integral[113] , lo que se está manteniendo hasta nuestros días. Este teórico fracaso de la estrategia se basa en que la APS no ha cumplido las expectativas previstas y la salud de la población mundial, si bien ha tenido algunos avances, no ha mejorado todo lo deseado. Incluso la OMS en su informe de 2003[114] asume como "tarea imposible" proponer un modelo de desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria, si bien especifica que los sistemas de salud deben basarse en los principios de la APS.

¿Ha fracasado el modelo? Hay razones que permiten rechazar que la implantación de la APS , en caso de que se hubiera desarrollado correctamente sea un fracaso. La crisis económica de los 80 marcó la evolución de la APS y muchos Estados "reconvirtieron" el concepto y los principios de la APS. Además, la estrategia de APS no se ha integrado de igual forma en todos los países. Hay pocas experiencias medibles y replicables de una apuesta política real por la APS que se plasme en presupuestos en salud que puedan cubrir las necesidades de implementación de la APS.

---

112. Claudio Schuftan, "The Child Survival Revolution: A Critique", Family Practice, Vol. 7, nº 4, 1990, p. 329

113. "El rescate de la esencia original" Sergio Curto. El Diario Médico, salud hoy, año 7 nº 60. Octubre 2004

114. "Informe sobre la salud en el mundo 2003-forjemos el futuro" cap7, OMS 2003

Una primera visión de la APS se circunscribía a una estrategia para los pobres y, además, tenía que recuperar costes. Se preparaban unas "canastas básicas de salud" con algunos servicios prioritarios como atención materna o vacunación. Si observamos la relación directa entre salud y pobreza, concluimos que los pobres tienen una mayor necesidad de servicios de salud. Por lo tanto, unas canastas básicas de salud tenían tres consecuencias: los más pobres no se sentían realmente atendidos en sus problemas y no estaban satisfechos con el sistema sanitario, no eliminaba la inequidad al dejar al descubierto demasiados problemas de salud y, por último, los pobres acababan pagando servicios privados. Los gastos en salud acababan repercutiendo más en las familias más pobres pues su esfuerzo económico era mayor. Por lo tanto, esta APS "selectiva" choca frontalmente con los principios en los que se basa esta estrategia de salud.

Otra visión de la APS, ligada a la anterior, nos muestra una estrategia preferente para las zonas rurales, dado que los hospitales están en las ciudades y pueden dar un buen servicio médico. Esta visión olvida varios principios fundamentales de la APS como la equidad, o la participación y al final considera la APS una peor solución para la salud de su población, apostando por el nivel terciario. Como veremos, la atención primaria no es una solución alternativa, sino que los cuidados de salud que promueve deben tener igual o más calidad que la medicina hospitalaria.

También se ha desarrollado una APS considerada, exclusivamente, como un primer nivel de atención centrado en la enfermedad, ni integral ni preventivo, orientada a unas pocas enfermedades. Este enfoque se ha visto claramente insuficiente para responder a las demandas de cuidados sanitarios de la población

De hecho en Europa, consideramos la APS casi exclusivamente como la primera puerta de entrada hacia los servicios de salud, con un bajo nivel de participación de la población y con escasa relevancia de otros componentes que no sean sanitarios, como nutrición o vivienda. En algunos países del sur, si bien ha habido un mayor desarrollo del concepto de APS, no ha existido un compromiso real con esa estrategia. Ya se ha señalado cómo a pesar de haber tenido una buena acogida en los sistemas sanitarios, el presupuesto destinado sigue estando muy por debajo del dirigido a la asistencia terciaria hospitalaria especializada. Además los procesos de descentralización (como veíamos en el informe 2004), que deberían favorecer la implicación de la comunidad en sus responsabilidades en salud no se ha desarrollado muchas veces de la forma correcta. Esto implica que la participación comunitaria se merma, pues no tiene gran capacidad de decisión.

En definitiva, como afirma la OMS en su informe de 2003, parte del fracaso en la prestación de la APS en algunos países se debe a "una serie de complejos factores socioeconómicos, políticos y de otra índole" que no tienen que ver específicamente con la sanidad.

7. La APS por regiones

La implementación de estrategias de salud basadas en la APS ha sido muy desigual tanto entre países como dentro de países, siendo las causas muy diversas como la falta de interés político o la carencia de recursos.

En el informe que la Secretaría de la OMS realizó en el 2003 sobre el 25º aniversario de la APS, aparece un breve análisis sobre la implementación de la APS en las distintas regiones mundiales, de entre las que cabe señalar las siguientes :

En la **región de África,** y según su estimación, se han establecido mayoritariamente políticas sanitarias basadas en el enfoque de atención primaria. Se han hecho algunos esfuerzos por fomentar la participación comunitaria rural, pero la colaboración intersectorial es reducida. Probablemente uno de los aspectos que más ha condicionado el desarrollo de la APS ha sido la limitación de los recursos económicos; la escasez de recursos humanos cualificados o la debilidad de las estructuras administrativas y políticas son otros condicionantes. En esta región se considera clave trabajar el fortalecimiento de los distritos sanitarios[115] para mejorar la atención a los más desfavorecidos.

En el análisis promovido por la OMS, se observa un hecho que apunta a uno de los problemas de la APS selectiva y basada, casi exclusivamente, en los cuidados sanitarios: a pesar de que los indicadores de algunos programas de control de enfermedades han mejorado sus resultados, el impacto de estos programas sobre la equidad, el acceso a la atención en salud o la situación de la salud de la población ha sido muy limitado, dado que no se ha contemplado la APS de una forma integral, trabajando conjuntamente todos los componentes de la APS. Otra cuestión importante que se debe destacar para el análisis de esta región es la necesidad de un compromiso político real de los Estados con la salud de su ciudadanía. Podemos observar grandes diferencias en el gasto de PIB entre distintos países. Uganda dedica a este concepto el 5'9% de su PIB, y Camerún

115. Distrito sanitario: unidad administrativa de salud que puede englobar varios centros y localidades. Los distritos se unen en departamentos y/o provincias, que suelen pasar a regiones de salud

un 3'3%. Además, en Uganda el 58% es de gasto público por un 42% privado, y en Camerún es de un 36% público por un 64% privado[116], descansando casi todo en las economías familiares[117].

El necesario compromiso de los países empobrecidos está muchas veces condicionado. Cuestiones como la deuda externa (Uganda destina el 1'4% de su PIB a la deuda externa y Camerún el 3'9%) continúan siendo un lastre para las inversiones sociales de los Estados africanos y del resto del mundo empobrecido. El compromiso de los gobiernos locales se debe complementar y reforzar mediante la cooperación internacional, especialmente el alivio condicionado de la deuda externa.

Cuadro 6. 1 **Diferencias de gasto en salud, militar y deuda**

País	Salud (% del PIB)	Gasto militar (% del PIB)	Servicio de la deuda (% del PIB)
Suecia	7.4	1.9	
España	5.4	1.2	
Paraguay	3	0.9	5.9
Ecuador	2.3	2.8	9.0
Mozambique	3.6	2.4	2.1
Sierra Leona	1.4	3.3	2.9
Honduras	3.2	0.8	6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe sobre Desarrollo Humano 2004

En la **región de las Américas** la APS ha sido una piedra angular de las políticas de salud para la mayoría de los países, dándose el caso de que introdujeron el enfoque de la APS antes incluso de la Declaración de Alma-Ata. También en esta región el cometido y la forma de aplicación ha sido diversa, debido a diferentes interpretaciones de la APS, aunque aquí se observan mejoras en el acceso a servicios esenciales como los relacionados con la inmunización, la salud materno-infantil, el abastecimiento de agua o el saneamiento básico. El mayor problema es la inequidad: hay grupos sociales que no se han beneficiado de estas mejoras en la salud, agrandándose la brecha entre ricos y pobres.

116. "Informe sobre Desarrollo Humano 2004.La libertad cultural en el mundo diverso de hoy". PNUD

117. Medicamentos y globalización (II), Observatorio sobre servicios públicos y globalización: salud ATTAC Madrid Abril 2001 http://www.attacmadrid.org/d/1/medicamentos_2.htm

En el análisis promovido por la OPS[118] sobre la Atención Primaria de Salud algunos hechos merecen ser destacados. En primer lugar, el impacto de la APS ha sido mayor en aquellos países con menor desigualdad en la distribución de su ingreso y no en los que los niveles absolutos de ingreso eran más altos, que, en teoría, deberían tener más medios. Esto confirma que la salud está condicionada por múltiples factores y que una estrategia de la APS que se basa en la equidad podría comenzar por el establecimiento de políticas de redistribución de la riqueza de un país.

En segundo lugar, la estrategia central de políticas de salud de la que han nacido diferentes reformas, concretamente, la descentralización, ha tenido mucho que ver con la prioridad que se ha dado desde 1988 a los sistemas locales de salud. Sin embargo, es curioso resaltar que, a pesar de estos avances, aún prevalecen los modelos curativos sobre los preventivos: del 50% al 80% de los presupuestos sanitarios se dirigen a la atención hospitalaria. La coordinación intersectorial, incluso la coordinación entre niveles de salud, es un déficit muy importante.

Según el mismo documento, todos los estados miembros de la **región de Asia sudoriental** han basado sus políticas sanitarias nacionales en el enfoque de atención primaria. Ello ha contribuido a ampliar la cobertura de la atención de salud y el acceso de la población a la misma, mejorando así el estado de salud de la población en general.

8. Lo que falta por hacer

¿Por qué se debe elegir la APS?

En la actualidad, la situación de salud en el mundo es manifiestamente mejorable. Las inequidades siguen aumentando, aunque los recursos que se destinan a cooperación para la salud son mayores. Sin embargo, paulatinamente, se desarrollan más programas verticales como el sida, que deberían tener nueva financiación pero que detraen fondos y ocultan una disminución de los presupuestos que se destinan a la salud en general. Por ese motivo, es necesario que la cooperación internacional y los propios países receptores de ayuda fomenten estrategias de salud que sean equitativas, accesibles, efectivas y eficientes.

118. "Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros" OPS CD44/9

No existen estudios suficientemente rigurosos que demuestren que un sistema de salud basado en el concepto global de la APS sea mejor que otros. Sin embargo, existen estudios sobre sistemas de salud basados en cuidados sanitarios primarios, es decir, fijándose exclusivamente en la parte sanitaria de la APS como el primer nivel de atención, tanto preventivo como asistencial. A pesar de que es difícil generalizar por la diversidad de sistemas de salud desarrollados en los países estudiados, los resultados, aún no contemplando la APS en su conjunto, consideran que los sistemas de salud que se basan en cuidados sanitarios primarios son mejores que los que descansan en atención hospitalaria[119] . Es lógico suponer que si se desarrollara la estrategia de la APS en su totalidad los resultados serían aún más positivos.

Hay estudios que demuestran cómo la fortaleza de un sistema basado en cuidados sanitarios primarios está asociada a una mejora en los resultados de salud de la población en las tasas de mortalidad y una mayor satisfacción de los pacientes, aún controlando determinantes como PIB per cápita, médicos por 1.000 habitantes y porcentaje de ancianos. Asimismo[120], se nos muestra cómo en países de bajo ingreso que favorecen los cuidados de salud primarios tienden a ser más equitativos, más accesibles y tienen un impacto más beneficioso sobre los más pobres, mientras que en algunos países desarrollados que promueven un sistema orientado hacia el cuidado por especialistas se favorece la inequidad en el acceso.

Además, los cuidados de salud primarios son más baratos, porque no utilizan tanto las tecnologías complejas y no se basan exclusivamente en la asistencia, sino que contemplan la prevención[121] , y no tienen efectos adversos sobre la calidad del cuidado o los resultados en los pacientes. Los estudios que analizan la substitución de algunos servicios de cuidados hospitalarios por otros primarios muestran ser más costosos que efectivos.

Normalmente, los costes se reducen si esta estrategia sustituye a otras más asistenciales, pero no siempre es así, al menos en un primer momento. La explicación es simple: dado que normalmente no se ha desarrollado en su totalidad la estrategia de cuidados sanitarios primarios, si se apuesta por esta estrategia, se mejora el acceso, se extienden los servicios y se asumen nuevas necesidades.

---

119. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Who Regional Office for Europe`s Health Evidence Network, 2004

120. Filmer D, hammerJ, Prichett L. Health Policy in Poor countries: Weak links in the Chain. World Bank, 1997

121. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. "Gate keeping revisited: protecting patients from over treatment" New England Journal of Medicine , 1993, 328:621-627

La intersectorialidad del concepto de la salud es un eje que, a pesar de tener un amplio consenso teórico[122] , no se ha plasmado de forma práctica en la mayoría de las estrategias. El CAD en sus "Directrices sobre pobreza y salud" comenta que existen estudios que muestran esta realidad. Específicamente, se observa que la mortalidad infantil no se debe a una sola causa y que existen factores como el bajo peso, asociados a las enfermedades infecciosas, que pueden explicar el 35% de las muertes por esta causa. Los determinantes no se deben sólo a causas médicas, sino también a otras biológicas y sociales que se entremezclan y potencian entre sí[123]

Otro elemento clave como la participación ciudadana nos permite asegurar un diagnóstico veraz de las necesidades de salud de la población y su mantenimiento en el tiempo, pues habrá un compromiso social fuerte hacia esta estrategia, que será sentida como propia por la ciudadanía.

Por último, además de su potencialidad para mejorar la salud de la población y la movilización de recursos sociales, debemos destacar que la APS ayuda a estructurar y a organizar los sistemas de salud. Este elemento es especialmente importante en los países con sistemas desestructurados y, de hecho, puede llegar a ser un elemento favorecedor de los procesos de descentralización de los sistemas de salud, por dos motivos: la estrategia de la APS ayuda a clarificar objetivos y la participación es un elemento que se destaca en las dos iniciativas.

Según la experiencia de las tres ONG sanitarias presentes en este informe, la APS no se ha implementado en su totalidad porque no se han desarrollado los aspectos esenciales requeridos: recursos humanos suficientes y capacitados, infraestructura adecuada, participación comunitaria, integración en una red de servicios y servicios de apoyo de calidad. Específicamente:

■ **Recursos humanos.** Los centros de salud rural o clínicas rurales han sido o están siendo atendidos en muchos países americanos por médicos pasantes que acaban de terminar su carrera y prestan servicios al Estado para conseguir su título. En muchos casos, este personal no ha sido formado para

122. El CAD, en sus "Directrices sobre pobreza y salud" afirma:"Limitarse a garantizar para los pobres un acceso a servicios sanitarios asequibles y de calidad no es suficiente para mejorar su salud. Los factores más importantes que determinan su salud dependen de las acciones que se emprendan fuera del sector sanitario…También son importantes otras políticas sectoriales, especialmente las de enseñanza, seguridad alimentaria, potabilización de aguas, saneamiento y energía

123. "Cooperación internacional en salud infantil (primera parte) causas y determinantes de la salud en países en desarrollo" Aranzábal Agudo, Revista Pediátrica de Atención Primaria Vol VI. Nº 22 2004

trabajar en una comunidad debido a que las universidades dirigen las carreras hacia la formación especializada. Dichos médicos no están motivados y no se implican con la comunidad en la que trabajan, en el caso de que sí lo hagan, tendrán que salir al cabo de un año. En otros casos hay auxiliares de enfermería a cargo de puestos de salud. Este personal puede haber conseguido el título en cursos de apenas seis meses de duración, siendo escasa su capacidad de resolución. En el mejor de los casos, el personal no atiende permanentemente los centros de salud por tener que desplazarse a la capital a cobrar su salario, o a participar en cursos de formación y la comunidad pierde confianza en el sistema de salud.

■ **Infraestructura.** En los años 70 y 80, siguiendo la idea de aumentar la cobertura de los servicios, se construyeron muchos centros de salud en zonas rurales alejadas. Estos centros no fueron planificados y su ubicación no responde a criterios técnicos y su capacidad no concuerda con las necesidades de la población. Como resultado, vemos hoy muchos centros cerrados por falta de personal o arruinados por ausencia de mantenimiento.

■ **Participación.** En los 70 y 80 se crearon comités de salud en muchas zonas rurales de países del sur. En algunos casos, como en República Dominicana, llegaron a tener mucho poder: un presidente de comité tenía acceso directo al ministro de salud y podía quitar y poner personal del centro de salud de su comunidad. Estos comités fueron creados desde arriba y no representaban a la comunidad o nunca supieron cuáles eran sus funciones. Hay que tener en cuenta que, con frecuencia, esos comités se politizaron y respondían más a los intereses de los partidos políticos que a la comunidad.

■ **Integración en una red de servicios.** En el primer nivel de atención se pueden resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población. Sin embargo, es preciso que los centros estén integrados en red y puedan referir casos complejos a otras estructuras de mayor nivel. Cuando esto no ocurre, la población pierde confianza en su centro de salud y acude directamente al hospital con el consiguiente gasto en desplazamientos innecesarios, obligando a centros especializados a atender casos sencillos.

■ **Servicios de apoyo.** En los países en los que trabajamos, con frecuencia, los centros de salud no puedan atender pacientes por falta de medicamentos o insumos. Estos centros se abastecen desde el nivel central con cantidades que alcanzan para la consulta de una o dos semanas. Una vez más el resultado es que la población no usa su centro de salud.

Cómo debería ser una estrategia de APS

Una estrategia de salud se debe basar en el principio de que la salud es un derecho humano, lo que ya condiciona las obligaciones y responsabilidades de los diferentes actores que participan. Además, un enfoque de derecho obliga a los Estados a generar procesos de participación y a cumplir con su función rectora con respecto a la salud. Como ya se ha comentado, los principios de la APS deberían regir las acciones de todo el sistema de salud a todos los niveles, primario, secundario y terciario, según criterios de salud. Se debe priorizar el primer nivel de atención tanto asistencial como de promoción de la salud y preventivo, con todos los componentes ya comentados, porque resuelve la mayoría de los problemas de salud. Como hemos señalado, la APS es una estrategia que afecta a todos los niveles de atención, por lo que, en el futuro, se deberán analizar las implicaciones que tiene el desarrollo de esta estrategia en el resto de niveles de atención sanitaria

Una estrategia de APS debería contar con:

- **Apoyo político.** Las instituciones con responsabilidades en salud (ministerio de salud, ayuntamientos, organismos internacionales, ONG, asociaciones, otros ministerios...) deben conocer en profundidad en qué consiste la APS y apoyar legislaciones y acuerdos que aseguren la puesta en marcha de una estrategia integral de Atención Primaria de Salud, basada en la equidad y en el acceso universal a servicios de salud. La OMS/OPS debería tener un papel fundamental de facilitador en este proceso.

- **Coordinación intersectorial.** La implicación de los distintos sectores en la salud es el elemento menos desarrollado de la estrategia, por lo que se deberá buscar nuevos mecanismos para conseguirlo. Esta coordinación debe darse en el ámbito local y nacional. En el nivel local deberá formarse una mesa de coordinación intersectorial de salud, incluida la comunidad, donde los agentes implicados en la misma puedan elaborar estrategias conjuntas. Estas mesas deben fomentar una estrategia que empiece de abajo hacia arriba, hasta llegar a niveles nacionales o supranacionales En esta coordinación intersectorial deberán representarse todas aquellas actividades que tengan una importante influencia en la salud: vivienda, agua, saneamiento, economía, agricultura...

- **Apoyo financiero.** Los recursos destinados a salud deberán priorizar las acciones de la APS, no solo las sanitarias (para un correcto seguimiento de los mismos, como ya se ha señalado más arriba, debe cambiarse y/o ampliarse

la clasificación de los componentes que integran el sector salud, en las bases estadísticas oficiales). Además deberá darse mayor equilibrio entre gasto en primaria y hospitalaria. Este apoyo financiero debe ser priorizado por todas las instituciones y por todos los instrumentos de la cooperación internacional. En este sentido, la condonación de deuda para programas sociales ofrece la posibilidad de reforzar los sistemas sanitarios públicos, al igual que el apoyo a las estrategias de reducción de la pobreza (PRSP). Resulta insostenible que el pago de la deuda en Perú, en 2003, supusiera 2179 millones de dólares, mientras que los presupuestos anuales de los programas de inmunización en todos los países de América Latina no llegaran a 700 millones de dólares[124] . Por otra parte, las instituciones públicas deben comprometerse tanto en la financiación como en la función de rectoría.

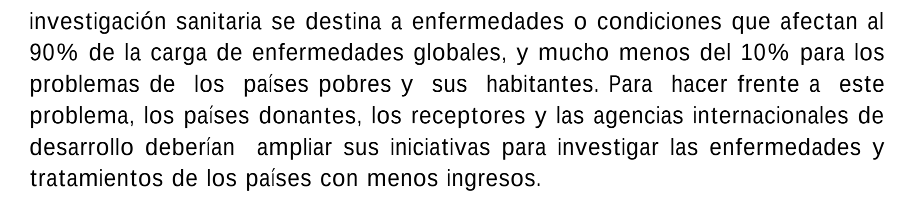
- **Recursos humanos suficientes y preparados.** Los recursos humanos de primer nivel deben tener otras cualidades además de las sanitarias: deberían ser los facilitadores de los procesos de coordinación intersectorial local y favorecer la participación ciudadana. Además, estos recursos humanos y materiales deben ser de calidad (bien formados, suficientes y adecuados) para cumplir las expectativas de la población. La OPS asume que la APS constituya una nueva forma de organizar los recursos actuales o futuros con una nueva filosofía sobre la salud comunitaria y los recursos humanos, más allá de sus conocimientos técnicos[125]. La fuga de personal sanitario, tanto médico como de enfermería, hacia los países desarrollados es una cuestión grave que deberán contemplar las autoridades sanitarias y políticas.

- En cuanto a los **equipamientos,** deben ser adecuados a las necesidades y suficientes, sin utilizar complicadas tecnologías con un coste-beneficio elevado. Igualmente, implica que se debe permitir el acceso a toda persona con problemas de salud a la mejor solución posible. Para ello, debería haber acuerdos internacionales[126] para que no prime la comercialización de medicamentos y vacunas sobre el derecho a la salud, en los cuales los Estados se comprometan a conseguir el acceso universal a los mismos y la investigación de nuevas alternativas. Se estima que menos del 10% de la financiación global para

124. "Cuestionando la solución: la atención primaria de salud y supervivencia infantil. Crítica detallada de la terapia de rehidratación oral de David Werner " Tutaya Gonzáles L.A. Artículo de opinión. Pediátrica 5(2) 2003

125. Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Axel Kroeger y Ronaldo Luna. OPS, Serie PALTEX nº 10. Segunda edición, 1992

126. Ya hay acuerdos como el GATS, el comercio de mercancías peligrosas o el ADPIC, pero no se facilita el uso de las salvaguardas por ejemplo en el caso de los ADPIC, cuestión que el mismo Consejo de la Organización Mundial del Comercio está considerando.


investigación sanitaria se destina a enfermedades o condiciones que afectan al 90% de la carga de enfermedades globales, y mucho menos del 10% para los problemas de los países pobres y sus habitantes. Para hacer frente a este problema, los países donantes, los receptores y las agencias internacionales de desarrollo deberían ampliar sus iniciativas para investigar las enfermedades y tratamientos de los países con menos ingresos.

☐ **Participación ciudadana.** Debe ser real y con capacidad decisoria. Se debería favorecer la creación de los consejos de salud intersectoriales participativos, y que sus decisiones fueran vinculantes. Su participación no se limitaría a la parte sanitaria asistencial sino que deberían poder decidir sobre políticas o aspectos financieros.

☐ **La equidad, el acceso universal y la participación** deben regir todas las acciones de APS, para que la estrategia sea dinámica y responda a las necesidades reales de la ciudadanía. Se deben evaluar las diferentes estrategias para ver cuáles cumplen mejor esos principios

☐ **Universalidad.** La APS no es una estrategia para pobres, debe ser contemplada como una estrategia para todos y deberá priorizarse la utilización de los recursos hacia los que más necesidades de salud tengan.

En resumen: la APS es una estrategia global y dinámica que nos compromete en la búsqueda de una mejora en la salud mundial, colectiva e individual, basada en el acceso universal a servicios de salud adecuados, la equidad sanitaria, la participación activa, la intersectorialidad y la priorización del fomento de la salud.

Recuadro 6. 1

Alma-Ata, la Asistencia Primaria de Salud y la Comisión Europea

Juan Garay

Para alguien que conozca la Comisión Europea, el título de este artículo es un imposible…pero es relevante y mucho, en estos tiempos… ¿Por qué? La Comisión Europea asigna cada año unos 600 millones de euros para la salud en países en vías de desarrollo (PVD). Esto supone un 10% de la AOD para la salud. Pero la CE no es un donante más, sino que, a la vez, intenta coordinar la AOD europea, el 60% de la AOD global. Desde esta responsabilidad política y financiera, la CE ha ido evolucionando en su apoyo a la salud en los últimos 27 años, desde Alma-Ata.

En los años 80, la Comisión colaboraba en todos los PVD mediante el enfoque de proyecto. Aunque había estrategias nacionales y programas indicativos con cada país receptor-socio, la forma habitual consistía en identificar un área de necesidad, lanzar un concurso de propuestas de "estudios de factibilidad" (equivalente en la jerga ONG a "misión exploratoria"). Dichos resultados llevarían a la definición de un proyecto, a veces por consultores, y a su implementación. En los años 80, en la Comisión se dio una especie de cultura del "ciclo del proyecto" y muchas ONG, bien por asimilar el concepto de planificación del ciclo del proyecto, bien por sus vínculos de cofinanciación con la Comisión, entraron en esta cultura. Además de una manera de ver los problemas, de orientar la "pertinencia, coherencia, efectividad, sostenibilidad", la cultura de los proyectos fue creando un ejército de consultores del desarrollo. Se calcula que hoy en día hay unos 100.000 consultores internacionales del desarrollo, la mitad al menos europeos, y una décima parte dedicados a la salud. Durante la época del micro-proyecto, la lógica del desarrollo y de la salud pública llevó a poner el acento en la atención primaria, la participación comunitaria, los programas básicos de inmunización, de promoción del niño sano, de atención al embarazo y parto, de seguimiento nutricional…

Durante los años 80, la cultura del ciclo del proyecto fue comprobando como la sostenibilidad de aquellos miles de proyectos comunitarios era baja, que la miríada de organizaciones proveedoras de servicios de salud primaria hacía que las autoridades locales y centrales fuesen meros

observadores -a menudo ni siquiera eso- de la atención a la salud de sus ciudadanos. Las autoridades centrales y locales en muchos PVD carecían de reconocimiento democrático y de capacidad para garantizar derechos básicos como la salud y la educación. Así se fue creando un sistema paralelo, al margen de las decisiones de los gobiernos, cada vez más debilitados en autoridad, capacidad, presupuestos, en moral… En algunos países, determinadas ONG tenía más expertos, ordenadores, información, logística ... que el propio gobierno. Por otro lado, los presupuestos gubernamentales para la salud -en su mayoría menos de 5 dólares por habitante y año- se vieron aún más recortados por las políticas de ajuste estructural. En realidad, los países del norte mandaban préstamos cuyas condiciones favorecían lo privado frente a lo público; y ante la debilidad , casi incapacidad, de atender los sectores sociales, la cooperación bilateral y multilateral identificaba y ponía en marcha proyectos, asegurando su visibilidad. No es de extrañar que en esa época se produjera una eclosión de ONG europeas del desarrollo, más acusada en España, que entonces se unía al CAD de la OCDE.

La CE ha reconocido el fracaso: los enormes gastos de asistencia técnica de cada fase del proceso (un tercio de la AOD) se unieron al enorme peso administrativo en la adjudicación de cada fase, con retrasos de varios años, desde la concepción al desarrollo de un proyecto. Por otro lado, se fue comprobando que la sostenibilidad de los proyectos era casi inexistente. Además, los acuerdos con los países ACP exigían un grado de apropiación (*ownership*) de la AOD que el enfoque de proyecto no permitía. Por todo ello, y por el concepto europeo del estado social (un movimiento socialista dominante en la Europa de mediados de los 80 a mediados de los 90), la CE fue liderando, junto a la voz de alerta ante la dispersión de la cultura del proyecto, el enfoque sectorial ampliado (SWAP). La lógica era aplastante: el Estado debe garantizar la salud y, para ello, tiene que diseñar -de forma participativa- una política y una estrategia de salud. Todos los actores de salud deben asumirla y trabajar para ella, aportar fondos a un fondo común y, en su momento, a una cuenta del Estado, para financiar las actividades. De esta manera, la CE empezó a considerar los proyectos que encajasen con las estrategias nacionales, a dialogar con los ministerios de salud en su SWAP. Paulatinamente, animó a otros donantes a aportar cantidades para fondos comunes ligados a las prioridades y acciones previstas en la estrategia nacional, discutida en el marco del SWAP. A finales de los 90, la CE había apoyado la salud en una treintena de países desde el enfoque SWAP. En la

década de los 90, dicho enfoque se unió al concepto de servicios básicos de salud, desde el concepto de coste-utilidad (coste por DALY), desarrollado por el Banco Mundial. El concepto de " paquete básico de servicios " y el de provisión privada con financiación pública instigó muchos procesos de reforma del sector de la salud, en especial en Latinoamérica.

A finales de los 90, el escenario empezó a cambiar: el impacto del sida, en especial en África subsahariana, despertó una atención social y política importante, incluso en las reuniones del G-8. Se produjo una metamorfosis en la AOD en salud, a pesar de que sólo una veintena de países habían podido desarrollar SWAP con procesos maduros de participación, planificación, financiación y gestión. La debilidad estatal de los PVD, el giro de la AOD hacia el sida propició la aparición del sector privado. Como ejemplo, Bill Gates comenzó sus actividades filántropas que han supuesto una media de 500 millones de dólares al año en salud. Con la influencia del sida (y algunas otras iniciativas " verticales " como malaria y tuberculosis), el monto total de la AOD en salud se ha disparado en los últimos 5 años. En 2004 la ayuda total al sida en PVD superó los 6.000 millones de dólares. El CAD tiene pendiente de evaluar la AOD total en salud, exceptuando la AOD destinada al sida. Esta influencia ha significado verticalidad a la ayuda en salud, fijando el proceso de priorizar, diseñar estrategias o programas, e incluso identificar los medios para los proyectos desde las respectivas iniciativas globales, bilaterales o fundacionales, a miles de kilómetros de las comunidades en nombre de quien se moviliza -y se publicita- la ayuda.

En este contexto, la Comisión Europea, y la comunidad internacional en general deben apoyar los principios y prioridades de la asistencia primaria. En primer lugar, rescatándolos del cajón del olvido: el acento en prevención y en las enfermedades más comunes debe relanzarse, pues en buena medida las iniciativas verticales han "medicalizado" la ayuda y distorsionado las prioridades. Por otro lado, el principio de apropiación (*ownership*) del enfoque del apoyo presupuestario y de las estrategias nacionales, debe basarse en la participación real, asamblearia, de la comunidad (*grassroot ownership)*". A mi juicio, las ONG han hecho de vínculo entre las voces de las comunidades y los ámbitos políticos nacionales e internacionales. El proceso democrático debe pasar por incrementar el vínculo de las comunidades con el parlamento democrático y dotarle, (especialmente en los regímenes presidencialistas) de más poder de control, sobre todo el presupuestario. El concepto de

participación comunitaria de Alma-Ata, a través de los parlamentos locales, regionales y nacionales, debe perseverar. Por otro lado, la comunidad internacional y la Comisión Europea no pueden dar marcha atrás en su compromiso de respeto a los procesos nacionales. Nuestros fondos de solidaridad, o compensación histórica, o cohesión hacia una globalización humana… deben ir dirigidos a apoyar procesos globales de reducción de la pobreza. Desde las ONG podemos participar en el diálogo político y estratégico del SWAP, fortalecer la comunicación con los ministerios y el parlamento aportando nuestras opiniones en los debates presupuestarios a fin de que los fondos para la salud crezcan de forma gradual y suficiente, repercutiendo en mejoras de salud medidas por sistemas de información fiables.



Conclusiones y recomendaciones

1. Con las tendencias de los últimos años, los Objetivos de Desarrollo del Milenio no serán alcanzados.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen el mayor compromiso en la historia de las Naciones Unidas sobre metas concretas en lo relacionado con la lucha contra la pobreza y por ello cuentan con el respaldo de todos los actores implicados en la cooperación al desarrollo, incluyendo las tres organizaciones que firman este informe. No obstante, conviene destacar que estos objetivos forman parte de un proceso global de lucha contra la pobreza y que no deben ser considerados como un fin en sí mismos.

En lo que respecta a los objetivos relacionados con la salud, si bien es cierto que contienen metas específicas para los principales problemas de salud, se trata, al mismo tiempo, de objetivos muy concretos que se suelen trabajar a través de programas verticales, lo que en ocasiones se suele traducir en una migración de los recursos a estos programas, financiados generalmente por agentes internacionales, que deberían destinarse a los sistemas de salud. A pesar de que debería tratarse de objetivos mínimos, las tendencias de estos años, según señala el propio informe de seguimiento de las Naciones Unidas, no apuntan al cumplimiento de los ODM; si no hay un mayor compromiso y una apuesta decidida y efectiva, las metas relacionadas con la salud quedarán a medio camino.

Es necesario que los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud se aborden desde el enfoque de Atención Primaria de Salud, centrado en la prevención, la promoción y la sostenibilidad de las actuaciones.

2. África subsahariana es la única región cuyos indicadores de salud empeoran y la tendencia es que sigan empeorando.

En los últimos 30 años la esperanza de vida en esta región sólo ha aumentado en 2 años, sin alcanzar los 50 años, mientras en los países desarrollados se sitúa en torno a los 80 años.

Mientras en Europa sólo el 6% de las muertes se produce por enfermedades transmisibles, en África subsahariana el porcentaje es casi del 72 %. Asimismo, más del 10 % de los nacidos vivos mueren antes del primer año de vida; la mortalidad infantil es 20 veces más alta que la de los países industrializados.

En esta región viven más de 25 millones de personas con VIH/sida, pero sólo el 11% de los enfermos que necesitan terapia antirretroviral la reciben.

En 2004 España ha dedicado el 39% de la AOD bilateral en salud a África subsahariana, lo que supone un incremento de 7 puntos respecto al año anterior; también se ha producido una mejora en la instrumentación, ya que frente a 2003, en que el 40% de la AOD bilateral a esta región tuvo carácter reembolsable, en 2004 ha sido el 25%.

El estancamiento o empeoramiento de los datos de salud relacionados con los ODM en África subsahariana puede invitar a relacionarlos no solo con las grandes pandemias que azotan la región, sino también con la ausencia de lineamientos regionales o nacionales estables en materia de políticas de salud basadas en las necesidades de la población y en una estrategia de Atención Primaria de Salud o a la falta de fondos o una inadecuada forma de utilizarlos.

A diferencia de lo que ha sucedido en regiones como Asia o América Latina, el gasto público en salud en África subsahariana ha disminuido paralelamente al empeoramiento de la situación de salud.

Recomendamos que la cooperación española en salud avance tanto en la cantidad de ayuda a esta región, como en la orientación hacia sus necesidades prioritarias y hacia una instrumentación adecuada que minimice la ayuda reembolsable e incremente la no reembolsable.

3. El VIH/sida se ha convertido en el problema de salud más alarmante de muchos países en desarrollo, sobre todo en África subsahariana, donde ya es la primera causa de muerte.

En los últimos años se han producido importantes avances en la lucha contra el VIH/sida, la pandemia está presente en todas las agendas y se han multiplicado por seis los recursos disponibles para luchar contra la enfermedad en los países en desarrollo.

Sin embargo, actualmente, casi el 90% de los enfermos que necesitan tratamiento antirretroviral no lo están recibiendo y los fondos disponibles para el control de la enfermedad no llegan a ser la mitad de los necesarios.

Algunos de los problemas que han podido superarse en los países desarrollados siguen estando presentes en gran parte del mundo. En África subsahariana, la mayor vulnerabilidad de las mujeres, la estigmatización y discriminación de los enfermos, el constante aumento del número de huérfanos, como consecuencia del sida, o la baja cobertura de los programas de prevención parecen haberse enquistado a pesar de los grandes esfuerzos que se están realizando.

Muchas de las intervenciones contra la enfermedad se están centrando exclusivamente en hacer llegar medicamentos antirretrovirales a los enfermos. Se están poniendo en marcha proyectos verticales que chocan con los problemas habituales de los sistemas de salud de los países en desarrollo (falta de personal cualificado, bajos presupuestos, escasa capacidad logística o limitada capacidad de supervisión y de gestión local). Convine señalar que el incremento de la AOD en salud entre los países del CAD se debe fundamentalmente al aumento de los fondos destinados a programas verticales de lucha contra el VIH/sida; es preciso vigilar los riesgos potenciales que entrañan los programas verticales en lo que respecta a "secuestro" de recursos humanos y técnicos y la posible descoordinación con las estrategias nacionales de salud.

Todas las intervenciones contra el VIH/sida deberían tratar de fortalecer las capacidades de los sistemas nacionales o locales de salud e integrarse en la oferta de servicios de cada uno de ellos. Adicionalmente, y debido a que la lucha contra el VIH/sida superó ya desde sus inicios el ámbito puramente sanitario, debe enmarcarse en una estrategia multisectorial basada en el enfoque de derechos humanos.

4. La Atención Primaria de Salud (APS) es la estrategia más eficaz para mejorar la salud de la población.

La APS es una estrategia global y dinámica de salud, cuyos principios de equidad, acceso universal, participación, intersectorialidad y fomento de la salud afectan a todas las instituciones que trabajan en salud, así como a todos los niveles de atención del sistema sanitario. Los cuidados primarios de salud acercan las decisiones sobre la salud a la ciudadanía, dando respuesta a la mayor parte de sus problemas sanitarios. No obstante, a pesar del apoyo decidido de la OMS,

existe una importante confusión en cómo implementar adecuadamente esta estrategia por parte de la mayoría de los actores que trabajan en el sector de la salud.

Las instituciones internacionales, nacionales y locales que desarrollan políticas de salud deben priorizar la APS como estrategia de salud. Para ello, es necesario conocer en profundidad el concepto, los principios y componentes de la misma. Además, hay que investigar los métodos y herramientas para que estos principios y componentes se concreten en los distintos niveles de atención.

5. La orientación estratégica de la cooperación española en salud está necesitada de una urgente revisión que se tiene que basar en los lineamientos del nuevo Plan Director.

El compromiso que la cooperación española asume en el Plan Director 2005 - 2008 de dedicar el 20% de su ayuda bilateral a actividades relacionadas con la cobertura de necesidades básicas requiere una revisión de los instrumentos de intervención y las prácticas establecidas por la cooperación española para hacer prevalecer los criterios de eficacia y capacidad de impacto, y fortalecer la coherencia que debe existir entre políticas, objetivos e instrumentos.

La consideración de la salud como derecho humano, la estrategia de APS como orientación, la apuesta por el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud o la importancia que se da a la salud sexual y reproductiva son algunos de los lineamientos básicos que veníamos reclamando tradicionalmente y que están recogidos en el nuevo Plan Director.

La cooperación española debe aumentar su contribución al sector salud, tanto a nivel técnico como presupuestario, estableciendo mecanismos de coordinación de acciones con todos los actores involucrados. Para ello, deberá mantener unos procesos participativos y plantear unas evaluaciones independientes que aseguren que los instrumentos que se utilizan y las acciones realizadas están acordes con los objetivos de desarrollo que se pretenden alcanzar. La nueva estrategia de salud deberá profundizar en los lineamientos del Plan Director, es decir, en la consideración de la salud como derecho humano, la estrategia de APS como orientación, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud o la importancia de la salud sexual y reproductiva y concretar formas para conseguirlo

6. La cooperación española sigue muy alejada de la media porcentual que el conjunto de donantes dedica a la cooperación en salud.

La cooperación española en salud, que supone un 9, 5% del total de la ayuda distribuible, está en el puesto decimocuarto del total de los veintidós donantes del CAD. Esto supone tres puntos porcentuales por debajo de las medias del propio CAD y de la UE. Si eliminamos la ayuda reembolsable en salud, modalidad prácticamente inexistente en el resto de los donantes, España se situaría en el puesto decimonoveno del total de los países del CAD con un 6,4 %, muy lejos del 30,5% de Irlanda, el 26,3% de Reino Unido o el 20,1% de Estados Unidos. No es un hecho puntual y aislado. Desde 2001, los porcentajes que España destina a salud son claramente inferiores a los que destina el conjunto de países donantes.

Para alcanzar los objetivos que en salud marca el Plan Director, la cooperación española debe incrementar el porcentaje que destina a salud hasta alcanzar como mínimo las cifras medias del conjunto de los donantes.

7. La cooperación española sigue estando entre los países donantes que menor cantidad de ayuda destinan a países menos adelantados (PMA) y, además, utiliza con estos países de frágiles economías la ayuda reembolsable, mecanismo que puede frenar su desarrollo.

En el período 2000-2003 España destinó un 52% de su AOD bilateral bruta en salud a países de renta baja, mientras que la media del CAD para ese cuatrienio fue del 74%, y la de la UE del 82%. En 2004, aunque se produce una mejoría en la ayuda española respecto a 2003, el porcentaje destinado a países de renta baja es el 48%, muy lejos de la tendencia de la comunidad de donantes.

A pesar de que España destinó el pasado año un mayor presupuesto para los países de rentas bajas, sólo asignó a los PMA un 23% de su AOD en el sector salud, lo que supone la cuota más baja de todas en relación al resto de donantes, cuya media se sitúa por encima del 40%. Además, el 18% de la ayuda española en salud a los PMA y el 70% a otros países de renta baja fue reembolsable, mientras que la media del CAD fue del 0,3% y 0,6% respectivamente.

Es indispensable que se produzca un incremento de la ayuda española en salud hacia los PMA y países de renta baja, por ser los países con mayores carencias en salud, y que este incremento sea a través de ayuda no reembolsable

8. La cooperación española sigue muy alejada de las prioridades y el enfoque que los países del CAD dan a los diferentes sectores y subsectores. Especialmente relevante resulta el tratamiento comparado en materia de salud sexual y reproductiva.

Desde 2000 hasta 2003, España ha destinado a salud sexual y reproductiva un porcentaje de la AOD en salud cuatro veces menor que la media del CAD y tres veces menor que la UE. Esta tendencia se mantiene en 2004, si bien España ha destinado a este subsector un 1% más que el año anterior y sitúa la cooperación española en el 11, 4%, queda muy lejos del 44% que es la media del CAD.

La disminución en 2004 de los componentes de servicios médicos y de infraestructuras, de mantenerse en el futuro, apunta una tendencia que nos acercaría a la de los países del CAD.

Un hecho destacable de la cooperación española es la apuesta por el subsector de apoyo a la gestión y a políticas de salud, casi duplica presupuesto en 2004 respecto al año anterior; es uno de los sectores de trabajo más importantes para conseguir cambios sostenibles en los indicadores de salud.

Una apuesta decidida por iniciativas y programas que tengan como objetivo la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria de salud, junto con un incremento en la dotación económica a este sector, permitiría a la cooperación española acercarse a la media de los países del CAD.

9. Desde 2001, las cifras de AOD española en salud han descendido todos los años.

En 2004 se ha producido una disminución del 13 % respecto a 2003. Sin embargo, en cuanto a su orientación por componentes, la evolución en conjunto es positiva; en 2004 es destacable el aumento en el componente "política sanitaria y gestión administrativa" (que aumenta de 4,8 millones de euros en 2003 a 9,8) y la disminución en el componente "infraestructura básica" (que pasa de 38,9 millones de euros en 2003 a 32,6). Otras señales interesantes de mejoría son los incrementos en formación médica, educación sanitaria, planificación familiar, lucha contra ETS y formación para la población y salud reproductiva.

Al mismo tiempo, se ha producido una disminución del 30% en el subsector de

salud básica, que se concreta en una disminución del 9,4% en el componente de formación de personal sanitario y del 47% en política sobre población.

En conjunto, el subsector de salud sexual y reproductiva sigue pesando muy poco -un 11,4%- mientras el componente de infraestructuras sigue consumiendo un 35,5% de los recursos.

La cooperación española debe tender a incrementar la ayuda en salud y revisar la distribución por componentes sectoriales, orientándose a aquellos que pueden tener un mayor impacto en la salud de los colectivos de mayores carencias a través del fortalecimiento de los servicios públicos de salud.

10. El componente reembolsable sigue teniendo demasiado peso en la ayuda en salud española.

A pesar de que, por tercer año consecutivo, se ha producido una reducción del porcentaje del componente reembolsable en la AOD bilateral española en salud, en 2004 se sitúa en un 24%, concentrándose totalmente en el subsector de salud básica.

El 56,5% de esta ayuda reembolsable se ha destinado a países de renta baja; en concreto, el 16% de la ayuda en salud dirigida a los PMA ha sido reembolsable y en el caso de otros países de renta baja, el 61%. Se han dado casos tan preocupantes como los de Uganda y Ghana que, siendo países de renta baja y altamente endeudados, han recibido en 2004 la práctica totalidad de la ayuda en salud con carácter reembolsable.

La instrumentación de la AOD española en salud necesita una revisión a fondo, limitando para casos excepcionales la utilización del crédito e incrementando el componente no reembolsable en igual o mayor medida que se va reduciendo la ayuda reembolsable.

11. El elevado número de actores que intervienen en la cooperación española hace necesaria una mejora en la coordinación para incrementar la eficacia.

La Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo establece tres órganos consultivos y de coordinación: el Consejo de Cooperación al Desarrollo, la

Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo y la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional. Sin embargo, estos órganos no han alcanzado en los años pasados el ritmo de trabajo necesario y existen numerosos temas en los que sería muy aconsejable una mayor coordinación, tanto desde el punto de vista de orientación estratégica de la cooperación como desde los instrumentos y herramientas de gestión de la ayuda.

Los criterios utilizados por las diversas administraciones a la hora de contabilizar su ayuda al desarrollo no son homogéneos, resultando difícil e imprecisa la consolidación de datos.

En cuanto al ámbito de las subvenciones a ONGD, el número de convocatorias para proyectos de cooperación que se publican anualmente en España es muy elevado. Cada convocatoria tiene diferentes sistemas de presentación de solicitudes, con formularios , sistemas de evaluación, normas de seguimiento y justificación distintos, lo que complica el trabajo de las ONGD y de las propias administraciones.

Por todo ello recomendamos que se profundice el trabajo de los órganos de coordinación existentes, que se introduzcan mejoras en los sistemas de coordinación de actores y, en concreto, que se retome la propuesta que en su día preparó la CONGDE para homogeneizar las herramientas de gestión en las diversas convocatorias públicas de cooperación al desarrollo.

12. La cooperación descentralizada destina mayor porcentaje de ayuda al sector salud que la destinada por la cooperación bilateral española.

La AOD en salud de las comunidades autónomas supone en 2004 el 12,8% del total de la cooperación autonómica.

Las comunidades autónomas se convierten en el primer donante público del sector salud y destaca el incremento de ayuda en política sanitaria, que pasa de 724.000 euros en 2003 a 4.331.000 en 2004.

El continente africano se ha convertido en el primer receptor de ayuda en salud de la cooperación descentralizada -46%- equiparándose con América Latina; si bien este incremento se ha concentrado básicamente en un único país: Mozambique.

Es posible que esta orientación de la cooperación descentralizada en salud hacia determinados componentes y regiones esté determinado por el alto porcentaje de participación que tienen las ONGD en la gestión de este tipo de ayuda.

El incremento en la cooperación en salud debería completarse con el avance hacia una cooperación de calidad, eliminando las dificultades actuales y proponiendo mecanismos ágiles a favor de la eficacia y la eficiencia. En este sentido se señala la necesidad de que cada administración defina públicamente sus políticas de cooperación estableciendo prioridades geográficas y sectoriales que permanezcan estables en el tiempo, así como la mejora de sus capacidades técnicas. Igualmente, consideramos imprescindible una mayor transparencia presupuestaria para lo que es necesario que los fondos de cooperación al desarrollo procedan de una partida única y se recoja de forma explícita los porcentajes que corresponden a cada sistema de canalización: cooperación directa y a través de ONG.

13. La acción humanitaria está adquiriendo un peso creciente dentro de la cooperación española.

A lo largo de 2004 ha aumentado la movilización de la sociedad civil ante las crisis humanitarias, aunque este efecto no parece ser constante si se tiene en cuenta la escasa repercusión que está teniendo la crisis causada por el terremoto de Pakistán. La responsabilidad de los medios de comunicación parece ser decisiva.

Los fondos destinados a ayuda de emergencia por las administraciones públicas españolas en el año 2004 ha sido superior a la cantidad correspondiente al año 2003. Sin embargo, las cifras deben analizarse con cautela debido a que en 2004, siguiendo indicaciones del CAD, se ha añadido un nuevo subsector (ayuda para la reconstrucción) a los cuatro que hasta 2003 se contemplaban. Así, si descontamos de la AOD española dedicada a ayuda de emergencia el aporte a "ayuda para la reconstrucción", el porcentaje se reduce hasta 4,8%, sensiblemente inferior al correspondiente a 2003. Este efecto es menos importante en la cooperación descentralizada.

A pesar de ser bien conocido el riesgo que periódicamente presentan determinadas zonas del planeta de sufrir catástrofes naturales y que muchos de los conflictos actuales podrían haberse previsto con anterioridad, la cantidad de fondos que recibe una zona concreta varía mucho de un año a otro y ello impide

planificar acciones a largo plazo. Este hecho puede hacer peligrar la fase de reconstrucción (cooperación al desarrollo) tras una crisis humanitaria.

En 2004, ha disminuido la ayuda reembolsable relativa a ayuda de emergencia, incluso ha llegado a desaparecer de los sectores tradicionales de la ayuda de emergencia, contabilizándose íntegramente en el nuevo sector -ayuda para la reconstrucción- incluido por el CAD como ayuda de emergencia.

El nuevo Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008 ha ampliado el concepto de ayuda humanitaria recogido en la Ley de Cooperación, acercándolo a la definición aceptada por la CONGDE. En el Plan se recogen también una serie de actuaciones prioritarias entre las que cabe destacar la creación de una Oficina de Ayuda Humanitaria y la elaboración de una Estrategia de Acción Humanitaria.

Resulta necesario aumentar los fondos dedicados a acción humanitaria y alcanzar, al menos, el porcentaje del 7% comprometido en el Plan Director 2005-2008 y definir anualmente cantidades concretas para paliar los efectos de las crisis que surjan. De este modo se podrían planificar las intervenciones y relacionar cooperación al desarrollo y acción humanitaria, reduciendo la vulnerabilidad de los más pobres y garantizar la recuperación rápida tras la superación de la fase de emergencia. La ayuda reembolsable debería ir disminuyendo progresivamente y ser sustituida por ayuda no reembolsable.

14. La ayuda de emergencia que prestan las Fuerzas Armadas no está sujeta a los principios humanitarios y por tanto no debe ser considerada como acción humanitaria.

Militares y trabajadores humanitarios coinciden sobre el terreno para prestar ayuda en las crisis humanitarias, aunque el papel que debe desempeñar cada uno de ellos debe ser clarificado, sobre todo teniendo en cuenta el contexto de creciente politización de la ayuda humanitaria y de emergencia.

La actuación de las Fuerzas Armadas en las crisis humanitarias responde a intereses políticos y no respeta necesariamente los principios humanitarios. En ocasiones la población puede equiparar militares y trabajadores humanitarios, poniendo en peligro la seguridad de estos últimos. No se debe confundir con acción humanitaria la atención que brindan las fuerzas beligerantes a la población que resida en la zona bajo su responsabilidad, ya que según el Derecho Internacional Humanitario es una obligación de las fuerzas militares que ocupan una región determinada.

Por otro lado, ya en 1998 el CAD señalaba que el uso de medios militares es más costoso que el de medios civiles. Sin embargo, en ocasiones y por cuestiones temporales, es preciso recurrir a la gran capacidad logística de los ejércitos para garantizar una respuesta rápida ante una catástrofe natural.

Por todo ello, la participación de las Fuerzas Armadas en la ayuda humanitaria debería limitarse a garantizar el acceso de la ayuda a las víctimas y a prestar apoyo logístico en desastres de gran magnitud que superen la capacidad de las agencias humanitarias, siempre que no se pueda disponer de ese apoyo a través de organizaciones civiles. Cuando un ejército es parte en un conflicto armado la única relación de los trabajadores humanitarios con los militares debe ser la de reclamarles el cumplimiento cabal del Derecho Internacional Humanitario.

15. Es necesario establecer mecanismos que garanticen el respeto al Derecho Internacional Humanitario por todas las partes que intervienen en un conflicto.

A lo largo del capítulo dedicado a la acción humanitaria se han mencionado algunas dificultades existentes para la aplicación del Derecho Internacional Humanitario, algunos de los vacíos que presenta esta normativa jurídica y la multitud de interpretaciones a que se presta.

Sería conveniente avanzar en la corrección de estas debilidades, pero el esfuerzo sería inútil si antes no se definen mecanismos concretos que garanticen su cumplimiento. La Corte Penal Internacional ha demostrado ser insuficiente para ello debido a que hasta ahora solo ha podido intervenir en un reducido número de conflictos y al actuar cuando el conflicto ya ha sido superado, es incapaz de acudir en defensa de las víctimas cuando más lo necesitan.

Por otro lado, el estallido de un conflicto armado debe ser entendido como un fracaso de la diplomacia internacional. Quizá la mejor ayuda que se pueda prestar sea la de evitar los conflictos armados y garantizar el respeto de los derechos humanos.

Recomendamos al gobierno español que asuma un papel más activo ante el conjunto de naciones y ante los foros en los que participe, proponiendo mecanismos que garanticen la resolución pacífica de los conflictos, la protección efectiva de los derechos humanos y el respeto al Derecho Internacional Humanitario en aquellos conflictos en los que, a pesar de los esfuerzos, se llegue a la fase de enfrentamiento armado.



Anexos

Anexo I.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

I. La conferencia reafirma con decisión que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

I I. La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como dentro de los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

I I I. El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

IV. Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

V. Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo

una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo puedan soportar, a fin de mantener en cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria el máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

VII. La atención primaria de salud:

A. Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre la salud pública.

B. Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y, para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

C. Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia materna e infantil , incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiado tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

D. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

E. Requiere y promociona un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

F. Debería mantenerse por sistemas de consulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

G. Se desarrolla en ámbitos locales y mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria de salud a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

X. Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarme podría y debería dejar recursos adicionales que podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria de salud, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

Anexo II.

Objetivos de Desarrollo del Milenio con sus metas

Objetivo 1 Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Meta 1.

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.

Meta 2.

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.

Objetivo 2 Lograr la educación primaria universal

Meta 3.

Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Objetivo 3 Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer

Meta 4.

Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.

Objetivo 4 Reducir la mortalidad infantil

Meta 5.

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Objetivo 5 Reducir la mortalidad materna

Meta 6.

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Objetivo 6 Combatir VIH/sida y otras enfermedades

Meta 7.

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida.

Meta 8.

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Objetivo 7 Asegurar la sostenibilidad ambiental

Meta 9.

Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Meta 10.

Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

Meta 11.

Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

Objetivo 8 Desarrollar una asociación global para el desarrollo

Meta 12.

Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.

Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

Meta 13.
Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.

Meta 14.
Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el programa de acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).

Meta 15.
Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo. En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado.

Meta 16.
En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.

Meta 17.
En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.

Meta 18.
En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Anexo III. Metodología

1. Glosario

ABD: Ayuda bilateral distribuible es la que el CAD logra asignar sectorialmente.

AECI: Agencia Española de Cooperación Internacional.

AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo.

AOD bruta: Compuesta por los desembolsos que efectúa el país donante en un ejercicio determinado.

AOD neta: Es la AOD bruta una vez descontado los reembolsos que los PVD efectúan al país donante como consecuencia de los créditos de ayuda previamente recibidos.

AOD bilateral: Es la cooperación que se hace directamente de país a país. También se incluye en este apartado la cooperación multibilateral. Las transacciones realizadas dentro de la cooperación bilateral, pueden ser de dos tipos:

1) AOD reembolsable. Son préstamos que se conceden a los países beneficiarios. Dichos préstamos deben cumplir con el elemento de liberalidad establecido por la OCDE. Pertenecen a esta categoría: los créditos con cargo al Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD) y los del Fondo de Concesión de Microcréditos (FCM).

2) AOD no reembolsable. Son transferencias realizadas en efectivo o en especie respecto de las cuales el beneficiario no contrae deuda legal alguna.

AOD multilateral: La cooperación española multilateral comprende las cuotas y contribuciones realizadas a organismos internacionales. España desarrolla este tipo de cooperación a través de los siguientes instrumentos:

1) aportaciones a la Unión Europea;
2) contribuciones a organismos internacionales financieros
3) contribuciones a organismos internacionales no financieros.

Asignación sectorial: La distribución de la AOD bilateral española se dirige a los distintos sectores, que según la metodología del CAD distingue dos tipos de categorías: una por sectores CAD (más general: vg. sector salud) y otra por subsectores CRS (más específica: vg, dentro del sector salud: salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva).

Ayuda alimentaria: Es la AOD cuyo objetivo es el de contribuir a la eliminación del hambre en el mundo y luchar contra la inseguridad alimentaria y la malnutrición.

Ayuda de emergencia: Es el instrumento de la cooperación española con el que se trata de dar respuesta a las importantes consecuencias negativas que las situaciones de emergencia tienen sobre las distintas poblaciones y sobre la seguridad internacional.

Ayuda por programas: Contribuciones puestas a disposición del beneficiario con fines generales de desarrollo y que no están vinculadas a unos proyectos específicos.

Ayuda por proyectos: Financiación de proyectos de desarrollo en los que todos los componentes de la intervención se encuentran claramente definidos.

Cooperación técnica: Toda la gama de actividades de ayuda dirigida a desarrollar los recursos humanos, elevando el nivel de conocimientos, cualificaciones, habilidad técnica y aptitudes productivas de los habitantes del Tercer Mundo.

Contribuciones o sectores distribuibles: Infraestructuras sociales y servicios, infraestructura económica y servicios, sectores productivos y ayuda multisectorial.

Contribuciones o sectores no distribuibles: Ayuda mercaderías y programas de asistencia, deuda externa, ayuda de emergencia, varios (apoyo a ONG nacionales, apoyo a ONG internacionales, apoyo a ONG locales y regionales, sectores no especificados y promoción, sensibilización y educación) y costes administrativos.

Cooperación descentralizada: La cooperación oficial descentralizada es la que llevan a cabo las administraciones territoriales distintas del Estado, concretamente las comunidades autónomas y el conjunto de entidades locales (ayuntamientos, diputaciones y fondos de cooperación local para el desarrollo)

Compromiso bruto bilateral: Un compromiso es una obligación firme, confirmada por una asignación presupuestaria o la disponibilidad de fondos públicos, contraída por la Administración o por un organismo público, con el fin de proporcionar recursos por un importe determinado, a favor de un país receptor o de un organismo multilateral.

Desembolso bruto bilateral: Un desembolso es la puesta de recursos a disposición de un país u organismo receptor determinado.

Sectores sanitarios excluidos del análisis: Se ha excluido, como ya se ha venido haciendo en anteriores publicaciones, aquellas acciones cuyo componente central no se integra en el sector salud, aunque puedan influir en la mejora de las condiciones sanitarias, tal como sucede en los componentes de agua y saneamiento.

Sector salud: El sector salud está compuesto por tres grandes sectores CAD, subdivididos a su vez en distintos sectores CRS

Sector salud

CÓDIGOS CAD	CRS	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR	CONTENIDOS
120 121		SALUD SALUD GENERAL	
	12110	**Política sanitaria y gestión administrativa**	Política sanitaria y gestión administrativa, política de sanidad, ayuda para la planificación y la programación, ayuda para los ministerios de sanidad, administración de la sanidad pública, fortalecimiento y asesoramiento institucional, programa de cobertura y seguro médico, actividades de sanidad sin especificar.
	12181	**Enseñanza/formación médicas**	Enseñanza médica y formación para servicios de nivel terciario.
	12182	**Investigación médica**	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica).
	12191	**Servicios médicos**	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control de enfermedades no infecciosas, control del abuso de medicamentos y fármacos (excluyendo control y tráfico de estupefacientes).
122		SALUD BÁSICA	
	12220	**Atención sanitaria básica**	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programa de cuidados paramédicos y de enfermerías; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica.
	12230	**Infraestructura sanitaria básica**	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios, así como el equipamiento correspondiente (excluyendo hospitales y clínicas especializados).
	12240	**Nutrición básica**	Programas directos para la alimentación, (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad tras el abandono de la leche materna, alimentación infantil y escolar); identificación de deficiencias micronutritivas; suministro de vitamina A, yodo, hierro, etc...; seguimiento de las condiciones de nutrición; enseñanza de la nutrición y de la higiene alimentaria; seguridad alimentaria doméstica.
	12250	**Control de enfermedades infecciosas**	Vacunación; prevención y control del paludismo, tuberculosis, enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector (agente portador, como por ejemplo oncocercosis y bilharziosis) etc…
	12281	**Educación sanitaria**	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12282	**Formación de personal sanitario**	Formación de personal sanitario para la asistencia sanitaria básica.

CÓDIGOS CAD	CRS	DESCRIPCIÓN DEL SECTOR	CONTENIDOS
130		**PROGRAMAS Y POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVAS**	
	13010	Programas y políticas sobre población y salud reproductiva	Políticas demográficas y de desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos sobre inmigración emigración; análisis e investigación demográfica; investigación sobre salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13020	Política sobre salud y gestión administriativa. Atención en salud reproductiva.	Fomento de la salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión de las consecuencias del aborto; actividades maternales saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación, actividades de información; educación comunicación; distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ETS, incluido sida	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del sida, tales como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz, prevención, tratamiento y cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.

2. Fuentes estadísticas

CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE.

CRS: Creditor Reporting System. Para los datos de los flujos oficiales de la ayuda en cuanto a su comparativa internacional para el periodo 2000-2003 por los distintos donantes (inclusive España), del capítulo segundo, se ha obtenido de la base estadística del CAD y del Creditor Reporting System (CRS), de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Dirección General de Planificación y Evaluación de las Políticas de Desarrollo (SGPEPD): Ha sido la fuente de información de los datos de los flujos oficiales de la AOD española 2004, de los capítulos tercero y cuarto. La información respecto a la AOD Bilateral (tanto de la Administración Central, la Administración Descentralizada y, el caso especial de Andalucía), de la ayuda multilateral y, la ayuda humanitaria, se han obtenido de los Listados de Cuotas y Listados de Proyectos de los de la SGPEPD.

Agencia Andaluza de Cooperación Internacional: Para el estudio de caso de Andalucía se recurrió también a los datos estadísticos aportados por la AACI.

3. Otras fuentes: (Para los dos primeros capítulos)

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

OMS: Organización Mundial de la Salud (agencia de NNUU)

BM: Banco Mundial

CMS: Comisión Macroeconomía y Salud.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

ONU, UN, NNUU, NU: Organización de Naciones Unidas.

4. Cambios en la metodología seguida en informes anteriores

En aras a una mayor precisión de la ayuda destinada en salud dentro del capítulo 2 "La cooperación al desarrollo en salud: perspectiva internacional", se ha optado a partir de la presente edición realizar los siguientes cambios en la metodología seguida en las ediciones anteriores.

- Respecto a la cuota correspondiente al sector salud respecto al total de la AOD. (Gráficos 2. 1, 2. 3, y 2. 4) Hasta en momento, dicha cuota se obtenía sobre la ayuda bilateral, a partir de ahora su cálculo se realiza sobre la ayuda distribuible. El cambio obedece a que ésta es la parte de la ayuda bilateral que mejor refleja la voluntad del donante al quedar excluidos de la misma los sectores no distribuibles (operaciones relativas a la deuda, ayuda humanitaria o gastos administrativos, entre otros).

- Respecto a la distribución regional y según el nivel de renta de los países receptores de la ayuda en salud (cuadros 2. 5 y 2. 6). Dadas las considerables diferencias entre los porcentajes de la ayuda en salud que presentaba la categoría de los países sin especificar entre los donantes del CAD, se opta por eliminar del total salud (para el cálculo de estas el volumen correspondiente a dicha categoría para ajustar con mayor exactitud las comparaciones con el resto de las categorías de receptores (sea por nivel de renta o por región geográfica). Los porcentajes que corresponden a los países sin especificar han sido detallados en las notas a pie de página de cada una de las tablas donde se ha realizado los cambios. (Notas números 46 y 45)

En informes anteriores, para la ponderación del esfuerzo que cada comunidad autónoma realiza en cooperación internacional, se había recurrido a parámetros como el AOD per cápita. Sin embargo, en el informe de este año se ha optado por incluir una ponderación basada en el peso que el presupuesto de cada administración autonómica supone respecto al total de presupuestos de las administraciones públicas. De acuerdo con los compromisos internacionales, España está emplazada a dedicar el 0, 7% de su PIB a la ayuda. Ahora bien, ¿cómo distribuir el esfuerzo entre gobierno central, gobiernos autonómicos y gobiernos locales? Si todos dedicasen el 0, 7% de su PIB, la suma de todas las aportaciones sería muy superior a esa cuota, por cuanto se estaría contabilizando de forma duplicada el PIB. Tampoco tiene sentido

reclamar a las comunidades autónomas o a las corporaciones locales el 0,7% de su presupuesto, ya que el acuerdo internacional se refiere al PIB de un país y no a los presupuestos de las instituciones públicas. Una forma alternativa de asignar las contribuciones requeridas sería calculando los recursos necesarios para alcanzar el 0, 7% del PIB y asignando esos recursos en función de la capacidad presupuestaria de cada nivel de la administración. De tal manera que si una determinada administración participa en un porcentaje determinado en la gestión de recursos públicos, debiera contribuir con similar porcentaje a la financiación de la ayuda internacional. Si se aplica ese criterio se puede obtener un coeficiente que exprese la relación entre la ayuda que aporta y la que debiera conceder para alcanzar el 0, 7% deseado.

Es muy común observar divergencias entre las administraciones autonómicas y la DGPEPD en los datos relativos a la Cooperación Internacional, siendo estas diferencias más o menos notables según los casos. Éstas son causadas, entre otros motivos, por unos criterios no uniformes sobre qué conceptos son computables como AOD. Debido a ello, para la elaboración de la comparativa de la cooperación de las diferentes comunidades autónomas, se ha acudido sistemáticamente a los datos aportados por la DGPEPD, ya que éstos son los únicos que garantizan haber sido elaborados bajo un mismo criterio para todas las comunidades autónomas y, por tanto, los únicos que posibilitan un estudio comparativo entre ellas.

Para el estudio del caso de la cooperación andaluza se han tenido en consideración los datos aportados por dos fuentes: Por un lado, los datos suministrados por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional (AACI) y, por otro, los aportados la DGPEPD. Se han hallado notables diferencias entre la información relativa a una y otra fuente, sin haberse encontrado un motivo que justifique plenamente esta discrepancia. La diferencia observada podría ser debida, al menos en parte, a que la los datos de la AACI incluyen tanto fondos que se destinan a ayuda al desarrollo y a ayuda de emergencia y acción humanitaria como aquellos destinados a otros fines, como los programas que la Junta de Andalucía realiza con las personas inmigrantes, que no son computados por la DGPEPD como AOD. Otro factor que puede ser origen de divergencias en los datos es que la AACI no incluye en sus montos de cooperación lo correspondiente a los proyectos financiados por otras consejerías distintas a la de presidencia. Sin embargo, estos montos se

envían a la DGPEPD, por lo que los datos de esta última parecen ser más representativos del total de la cooperación de la Junta de Andalucía. A la luz de estas consideraciones, se ha tomado como referencia los datos aportados por la DGPEPD.

Nota: Debido a la falta de disponibilidad de los datos consolidados de la AOD española del ejercicio 2004 por parte de la DGPEPD al cierre de esta edición, los datos que se ofrecen en los capítulos 3 y 4 (“La cooperación española en salud en 2004” y “La cooperación descentralizada en salud), están basados en el avance de los listados de proyectos y cuotas ofrecidos por la misma DGPEPD. Según dicha fuente los cambios que puedan darse en la publicación de los datos definitivos en modo alguno serán muy distintos de los datos ofrecidos en la presente edición, por lo que los porcentajes presentados en el informe no variarán de forma significativa.



Siglas y acrónimos

AACI:	Agencia Andaluza de Cooperación Internacional
ACNUR:	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECI:	Agencia Española de Cooperación Internacional
AOD:	Ayuda Oficial al Desarrollo.
CCAA:	Comunidades autónomas
CAD:	Comité de Ayuda al Desarrollo
CRS:	Creditor Reporting System.
DGPEPD	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo
DOTS:	Tratamiento Breve de Observación Directa
EELL:	Entidades locales
FAD:	Fondo de Ayuda al Desarrollo.
FAMSI:	Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional
FNUAP:	Fondo de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
JA:	Junta de Andalucía
OCDE:	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
OMC:	Organización Mundial del Comercio
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGD:	Organización no Gubernamental de Desarrollo
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para VIH/sida
OPS:	Organización Panamericana de Salud
PACI:	Plan Anual de Cooperación Internacional.
PMA:	Países menos adelantados
PNUD:	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SECI:	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SGPEPD	Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo
TB:	Tuberculosis
UE:	Unión Europea



Bibliografía

AECI (2003a) Estrategia de la Cooperación Española en Salud. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.

AECI (2003b). Examen de la Cooperación Española 1999-2001: Recomendaciones e Informe de la Secretaría del CAD. Madrid. SECIPI- Ministerio de Asuntos Exteriores.

AECI (2000). I Plan Director de Cooperación de la Cooperación Española 2001-2004. Madrid. SECIPI- Ministerio de Asuntos Exteriores.

AECI (2005). II Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Madrid. SECI-Ministerio de Asuntos Exteriores.

ALONSO, José Antonio (Dir.) (1999). Estrategia para la cooperación española. Madrid. SECIPI - Ministerio de Asuntos Exteriores.

CAD (2003) "Directrices del CAD sobre salud y pobreza" en
http: // oecd.org/bookshop.

Comunidad Europea (2000). The European Community's Development Policy-Statement by the Council and the Commission. Dichas directrices, establecen a su vez, el nuevo enfoque de acciones basadas en estrategias sectoriales (España ha tardado cuatro años en establecer la suya en salud).

Comunidad Europea (2000): "Health, HIV/AIDS, Population and Poverty Reduction. Lessons from the Past and Orientations for the Future".

Comunicación de la Comisión, de 21 de febrero de 2001, al Consejo y al Parlamento Europeo. Programa de acción: aceleración de la lucha contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza.

Comunicación de la Comisión, de 22 de marzo de 2002, al Consejo y al Parlamento Europeo. La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo.

Comunicación de la Comisión, de 26 de febrero de 2003, al Consejo y al Parlamento Europeo. Actualización del programa de acción comunitario: Aceleración de la lucha contra el VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis en el marco de la reducción de la pobreza - Cuestiones políticas pendientes y desafíos futuros.

COORDINADORA ANDALUZA DE ONGD (2003). Informe sobre la AOD descentralizada en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

COORDINADORA ESTATAL DE ONGD (2003). Análisis de la Cooperación oficial descentralizada en el Estado español en el período 1999-2002.

Decreto 172/2005, de 19 de julio, BOJA num142, Sevilla, 22 de julio 2005.

ESPINOSA, J., MAROTO, F.J., MÉDICOS SIN FRONTERAS, MEDICUS MUNDI, PROSALUS Y MÉDICOS DEL MUNDO (2003). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003.

FERRANTI, D., PERRY, G. E., FERREIRA F. H. G., WALTON M., (2003). "Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?". Banco Mundial. www.worldbank.org

FONDO ANDALUZ DE MUNICIPIOS PARA LA SOLIDARIDAD INTERNACIONAL (2003). Cooperación Internacional de Entidades Locales en Andalucía. Inventario-Evaluación de la Cooperación Internacional al Desarrollo de Entidades Locales andaluzas. Primera parte: 1999-2001

NNUU (2003): 56ª Asamblea Mundial de la Salud.

NNUU (2004): La Declaración de Dublín sobre VIH/sida en las prisiones de Europa y Asia central, Dublín.

NNUU (2005): 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A58/5 Punto 13.2 del orden del día provisional, 13 de mayo de 2005. Consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

OCDE (2005) Working Paper Nº. 244, 2005 (OECD Development Centre): Priorities in Global Assistance for Health, AIDS and Population (HAP).

OCDE/CAD (1996) El papel de la cooperación para el desarrollo en los albores del siglo XXI. Paris. OCDE.

OCDE/CAD (2004) Mapping Of 2002 CRS Purpose Codes To Revised 2004 Crs Purpose Codes / Conversion Of Historical Data. OCDE. www.oecd.org/dac/stats/crs

OMS (2002a): "Scaling up". www.who.int

OMS (2003) Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003

OMS (2004): Global Tuberculosis Control - Surveillance, Planning, Financing. www.who.int

OMS (2005). Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡cada madre y cada niño contarán! Ginebra, OMS,

PALACIOS, Mª del Mar. INTERMON OXFAM (2000). Andalucía y la Cooperación para el Desarrollo.

PNUD (2003). Informe sobre desarrollo humano. Madrid. PNUD-Mundiprensa.

Real Decreto R.D. 553/2004, de 17 de abril, BOE núm. 94, de 18 de abril de 2004.

Real Decreto R.D. 1554/2004, de 25 de junio, BOE núm. 154, de 26 de junio de 2004.

Reglamento (CE) Nº 953/2003 del Consejo, de 26 de mayo de 2003, destinado a evitar el desvío comercial hacia la Unión Europea de determinados medicamentos esenciales [Diario Oficial L 135 de 3.6.2003].

Reglamento (CE) Nº 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

VERONA, N., MÉDICOS SIN FRONTERAS, MEDICUS MUNDI, PROSALUS Y MÉDICOS DEL MUNDO (2002). La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002.

Referencias de internet

AECI
www.aeci.es

BANCO MUNDIAL
www.worldbank.org

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO:
www.boe.es

BOLETIN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA:
www.andaluciajunta.es/BOJA

CAD Y CRS
www.oecde.org/dac/stats

FONDO GLOBAL PARA COMBATIR EL SIDA/VIH, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA.
www.theglobalfund.org

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
www.ine.es

JUNTA DE ANDALUCÍA
www.juntadeandalucia.es

M INISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA
www.meh.es

OCDE
www.oecd.org

OMS
www.who.int